

Infertilidad

Carmen Moreno Rosset

psicología clínica

guías de intervención




EDITORIAL
SÍNTESIS

INFERTILIDAD

PROYECTO EDITORIAL
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Serie:
GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Directores:
Manuel Muñoz López
Carmelo Vázquez Valverde



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

INFERTILIDAD

CARMEN MORENO ROSSET



Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Carmen Moreno Rosset

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995840-7-2

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Presentación

Capítulo 1. Introducción

- 1.1. La infertilidad y sus repercusiones psicosociales
 - 1.1.1. Las repercusiones personales y en la propia pareja*
 - 1.1.2. Las repercusiones sociales e interpersonales*
 - 1.2. Estudio y tratamiento médico de la infertilidad y proceso psicológico
 - 1.2.1. Primera visita a la Unidad de Reproducción*
 - 1.2.2. Entrega del diagnóstico*
 - 1.2.3. Fases de los tratamientos con TRA*
 - 1.2.4. Proceso psicológico durante las fases de los tratamientos con TRA*
 - 1.3. Epidemiología
- Cuadro resumen
En la consulta de psicología de una Unidad de Reproducción
Preguntas de autoevaluación

Capítulo 2. Principales desajustes emocionales asociados a la infertilidad

- 2.1. Estudio de los desajustes emocionales asociados a la infertilidad
 - 2.1.1. Evaluación psicológica en la fase pre-tratamiento médico*
 - 2.1.2. Evaluación psicológica en la fase pre-postratamiento médico*
 - 2.1.3. Evaluación psicológica en la fase pre-postratamiento médico y psicológico*
 - 2.1.4. Alteraciones emocionales ante el diagnóstico de infertilidad, su tratamiento y el embarazo y crianza en parejas infértiles*
 - 2.2. Estudio de las disfunciones sexuales asociadas a la infertilidad
- Cuadro resumen

Exposición de un caso clínico
Preguntas de autoevaluación

Capítulo 3. Evaluación psicológica

3.1. Áreas que se deben evaluar

3.2. Dónde y cuándo evaluar

3.3. Instrumentos de evaluación

3.3.1. Entrevista

3.3.2. Autoinformes específicos para ser aplicados a población infértil

3.3.3. Otros autoinformes útiles para ser aplicados a población infértil

3.3.4. Autorregistros

Cuadro resumen

Evaluación de un caso clínico

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 4. Intervención psicológica

4.1. Eficacia, efectividad y eficiencia de los programas de intervención psicológica

4.2. Principales programas de consejo, apoyo e intervención psicológicos en infertilidad

4.2.1. Consejo psicológico en infertilidad

4.2.2. Terapia cognitivo-conductual en infertilidad

4.2.3. Terapias psicodinámicas

4.2.4. Otras aproximaciones psicoterapéuticas

4.3. Presentación del Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset *et al.*, 2007) para su aplicación en Unidades de Reproducción Humana

4.3.1. Origen del PAPI

4.3.2. Principales características del PAPI

4.3.3. Importancia de promover una labor integradora e interdisciplinaria

4.3.4. Aplicación del PAPI

4.3.5. Contenidos del PAPI

4.3.6. Organización del PAPI

4.3.7. Recomendaciones para los profesionales de la Salud de las Unidades de Reproducción Humana

Cuadro resumen
Intervención psicológica en un caso clínico
Preguntas de autoevaluación

Clave de respuestas

Lecturas recomendadas y bibliografía

Presentación

Este libro pertenece a la colección de Psicología Clínica y por tanto está dirigido a estudiantes y profesionales que deseen adentrarse en un nuevo campo de la Psicología de la Salud orientado a la atención psicológica de los procesos emocionales en infertilidad.

En la sociedad actual la prevención y promoción de la salud es básica en cualquier tipo de enfermedad. En muchas enfermedades crónicas la aportación de la Psicología ya ha demostrado ser útil y necesaria. La infertilidad es una enfermedad crónica que va en aumento y que produce un *impacto emocional* en las personas que la padecen. Presenta junto a las características de cronicidad, la imposibilidad de cumplir un deseo personal, de pareja, de familia y social que se ha venido transmitiendo civilización tras civilización puesto que es la base de la supervivencia del grupo humano.

Comprender el proceso físico y psíquico que las parejas infértiles experimentan es básico para poder prestar la ayuda psicológica necesaria. Esta atención psicológica se ha introducido en Unidades privadas de Reproducción Humana, sin embargo, en la Sanidad Pública se avanza con mayor lentitud. Recordemos que el reconocimiento de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria data de finales del siglo xix, concretamente de 1898, fecha en la que se publica el *Decreto de la Especialidad*. En la actualidad los psicólogos clínicos no sólo trabajan en Salud Mental, sino que se han adentrado en equipos multidisciplinares de hematología, oncología, pediatría, unidades de trastornos alimentarios, etc. Esperemos que la incorporación del psicólogo en todas las Unidades de Reproducción públicas y privadas sea un objetivo alcanzable en breve.

El primer paso para conseguirlo es demostrar la utilidad de incorporar al psicólogo en los equipos interdisciplinares de dichas Unidades. En este sentido, existe un gran elenco de estudios que demuestran que la infertilidad comporta un proceso emocional y que los programas de ayuda, consejo o intervención psicológica no sólo tienen “efectividad”, es decir, utilidad clínica con resultados objetivables para quienes la padecen, sino que puede tener “eficiencia” especialmente en la Sanidad Pública y en Compañías de Seguros en cuanto a que con la ayuda psicológica se facilite la reducción de costes si se consigue reducir los tiempos que las parejas precisan ser atendidas y el número de tratamientos para conseguir o no el hijo deseado.

Este libro tiene un doble objetivo: 1) la prevención y promoción de la salud de las personas infértiles y 2) la formación y actualización de conocimientos dirigida a los psicólogos que quieran trabajar en este nuevo campo de la Psicología de la Reproducción.

El contenido del libro se ha estructurado en dos bloques. En los dos primeros capítulos se expone qué es la infertilidad y cuáles son sus principales repercusiones psicosociales. Asimismo, se explica el proceso psicofísico que sufren las personas infértiles y los principales desajustes psicológicos asociados a la infertilidad.

El segundo bloque temático se centra en la evaluación e intervención psicológicas adecuadas para ser aplicadas en Unidades de Reproducción. Se ofrecen pautas de entrevistas para aplicar en los distintos momentos del proceso de estudio y tratamiento médico de la infertilidad, así como los instrumentos de evaluación que se han creado específicamente en este nuevo contexto. Asimismo se sugieren otras pruebas que, dependiendo de los casos, pueden ser útiles para completar el diagnóstico psicológico. Se proponen las ayudas, consejos e intervención psicológicos más adecuados según los momentos por los que atraviesen las personas afectadas, lo que resulta de especial interés en el trabajo interdisciplinar de las Unidades de Reproducción.

Para ofrecer una visión de la aplicación práctica de los contenidos teóricos que se exponen a lo largo del libro, al final de cada capítulo se describen experiencias profesionales extraídas de sesiones de apoyo e intervención psicológicas realizadas por dos psicólogas en distintas Unidades de Reproducción Asistida. Al final del primer capítulo, Nazaret Iglesias Domínguez presenta a través de tres casos algunos de los aspectos más destacados en la consulta psicológica. María del Castillo Aparicio describe en el segundo capítulo un caso con especial atención a las áreas en las que la infertilidad y su tratamiento han afectado a cada miembro de la pareja. El proceso de “evaluación” e “intervención psicológica” aplicados al mismo caso se describen en el tercer y cuarto capítulos.

Ambas psicoterapeutas obtuvieron el título de posgrado del área de Ciencias de la Salud de “Especialista Universitario en Reproducción Asistida: aspectos psicológicos médicos y legales (un nuevo futuro profesional)” de la UNED. Su colaboración en esta obra permite ofrecer un acercamiento a la práctica profesional en este nuevo campo para los psicólogos. La exposición de los casos ha sido realizada con sumo detalle y ofrece relatos y expresiones textuales de las parejas objeto de estudio. Asimismo ofrecen algunas de sus reflexiones profesionales sobre los casos y sobre su experiencia profesional. Mi más sincero agradecimiento a ambas por su aportación en este libro que, sin duda, representará un paso más en el ámbito profesional de la psicología. Ellas tuvieron la valentía de adentrarse en este nuevo campo todavía en barbecho, formándose y aplicando los conocimientos adquiridos. Nazaret Iglesias Domínguez participó en los dos primeros proyectos sobre el estudio de los aspectos psicológicos de las mujeres infértiles concedidos a la autora del presente libro por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. María del Castillo Aparicio posee una amplia trayectoria y experiencia en el apoyo e intervención psicológicos a parejas infértiles, habiendo obtenido su Diploma de Estudios Avanzados sobre esta temática. Además de realizar un trabajo clínico, ambas han desarrollado una labor investigadora que esperamos se plasme en su Tesis Doctoral. Seguro que tanto ellas como otros psicólogos y psicólogas que están trabajando en otras Unidades de Reproducción están sembrando día a día una cosecha

profesional que será sin duda “fértil” para las parejas infértiles y “fértil” para nuestra profesión: la Psicología.

Para finalizar, me gustaría dejar constancia de que este libro, aun siendo de un único autor, muestra el resultado del trabajo realizado en equipo con otros psicólogos y profesionales de la Medicina, la Biología y el Derecho con quienes he realizado los primeros Proyectos I+D+i concedidos en España por el Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, así como con quienes he compartido la dirección y/o docencia del primer curso de posgrado de Especialista Universitario en Reproducción Asistida: Aspectos Psicológicos Médicos y Legales (un nuevo futuro profesional) que se ha impartido durante seis convocatorias seguidas en la UNED.

Abrir nuevos caminos profesionales no siempre es fácil, sólo el tesón, la constancia y la seguridad de que se está ofreciendo un verdadero avance profesional y humano es lo que permite seguir adelante a pesar de las dificultades. Crear equipo también requiere esfuerzo, constancia y madurez personal. Es así como en el camino se van consolidando los grupos de trabajo. En este sentido quiero agradecer la participación de todos los que han compartido conmigo alguna parte del trayecto y trabajo realizados y muy especialmente a Rosario Antequera Jurado y Cristina Jenaro Río, profesoras de las Universidades de Sevilla y Salamanca, respectivamente, que con su trabajo y dedicación constante e incondicional han hecho posible la creación del primer instrumento de evaluación psicológica que evalúa el “Desajuste Emocional y los Recursos Adaptativos en infertilidad”. El DERA recibió el XII Premio TEA-Ediciones-2007, representando para nosotras el premio a una vocación académica e investigadora.

Junto con Rosario Antequera y Cristina Jenaro y otros profesionales de la Psicología (Alejandro Ávila Espada), de la Medicina (Francisco J. de Castro Pita y Bernabé Hurtado de Mendoza) y del Derecho (Yolanda Gómez Sánchez) hemos elaborado una *Guía práctica de intervención psicológica en infertilidad y reproducción asistida* (Moreno-Rosset, 2009a) especialmente dirigida a la labor psicoterapéutica en la consulta clínica de casos de infertilidad y que ofrece orientaciones, estrategias, tácticas y técnicas de intervención. Asimismo y con el fin de facilitar dicha labor psicoterapéutica, hemos creado para los pacientes una guía de autoayuda denominada *La Infertilidad ¿por qué a mí? Un problema o un reto en la pareja* (Moreno-Rosset, 2009b), que contiene información, recomendaciones y diversos ejercicios prácticos, así como un CD de relajación, que sirven de material complementario tanto en la consulta privada como en la atención psicológica en Unidades de Reproducción.

Precisamente, para aplicar en dichas Unidades, hemos diseñado el “Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad” (PAPI; Moreno-Rosset, Ávila, Antequera, Jenaro, Gómez y De Castro, 2007), que presentamos en la presente obra. De esta forma completamos la formación del psicólogo en este nuevo campo de la Psicología de la Salud, aportando conocimientos y materiales útiles comprobados empíricamente.

Por ello quiero agradecer a todo el equipo antes mencionado su esfuerzo, dedicación, apoyo y acompañamiento profesional y personal constantes.

Para terminar quiero agradecer a Editorial Síntesis, y en concreto a Manuel Muñoz

López, co-director de esta colección de “Guías de Intervención” y profesor de la Universidad Complutense de Madrid, su invitación para realizar este libro que representará, sin duda, una aportación más al conocimiento y avance de la Psicología Clínica.

Carmen Moreno Rosset

1

Introducción

La infertilidad es la incapacidad para conseguir un *embarazo “a término” con un niño* nacido sano y después de, al menos un año de mantener relaciones sexuales habituales y sin utilizar medios anticonceptivos, por tanto hace referencia a aquellas mujeres que pudiendo concebir, no consiguen llevar a término un embarazo. Sería el caso, por ejemplo de las poliabortadoras. Por el contrario, cuando *no se consigue ni tan siquiera la gestación*, es decir, cuando la mujer es incapaz de conseguir el embarazo, se califica como *esterilidad*, pudiendo ser en ambos casos de tipo primaria o secundaria. Las definiciones que acabamos de ofrecer se refieren al tipo primaria. La *infertilidad secundaria* se produce cuando habiendo conseguido un embarazo y parto normales, *no se consigue una nueva gestación a término* con un recién nacido sano. Cuando *no se logra el embarazo después de haber conseguido un hijo anterior*, se trata de una *esterilidad secundaria*.

Pero adentrémonos algo más en qué es la infertilidad ¿se trata de una enfermedad? Según la OMS se considera una enfermedad la falta de salud, entendiéndose como la ausencia de bienestar físico, psíquico y social. La infertilidad no suele producir un padecimiento físico. De hecho no existe ninguna manifestación o síntomas físicos que indiquen que una persona es infértil hasta que intenta tener un hijo y no lo consigue después de mantener relaciones sexuales con ese fin, al menos durante un año. Decimos que no “suele producir dolor físico” en el sentido de que algunas de las etiologías de la infertilidad sí producen dolor o molestias físicas como por ejemplo la endometriosis, que es un trastorno orgánico cuya presencia en los ovarios y en las trompas produce infertilidad en un 8% de los casos. Sin embargo, otras alteraciones como la obstrucción de trompas, cuyo defecto anatómico impiden el encuentro del óvulo con el espermatozoide, no presenta ningún tipo de dolor, representando junto a las alteraciones ováricas un 40% de los casos de infertilidad. En los casos de infertilidad masculina, cuyas principales causas se centran en la producción, maduración, morfología y motilidad de los espermatozoides, no suelen presentar ninguna manifestación física. En consecuencia ¿cómo puede saber una persona si es o no fértil? La respuesta es bien sencilla, sólo cuando se propone conseguir el hijo deseado, por tanto a la base de esta enfermedad hay un “deseo” difícil de alcanzar que si bien no produce, en la mayoría de los casos,

malestar físico, sí es fuente de un malestar psíquico y social importantes. De hecho la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en su definición de esterilidad indica que es *aquel “padecimiento” que aqueja a parejas que no consiguen el hijo de forma natural al cabo de un año de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva*. En diversos foros hemos destacado esta definición puesto que la propia Medicina reproductiva alude al “*padecimiento*” que sufren las personas ante la incapacidad para reproducirse. Por tanto, de acuerdo con la propuesta de salud de la OMS, podemos afirmar que la infertilidad constituye una falta de salud y por tanto se trata de una enfermedad con un predominio de malestar psíquico y social frente al físico.

En cuanto a las preguntas ¿A quién afecta? ¿Al hombre? ¿A la mujer? Podemos afirmar que afecta a ambos. La sociedad actual reconoce tanto a la pareja heterosexual como a la homosexual. En el caso de parejas homosexuales, podríamos hablar de un tipo de esterilidad social ya que dos mujeres o dos hombres no pueden conseguir un embarazo. En cuanto a las parejas heterosexuales, aunque se supone que podrán concebir, desconocen si van a ser capaces de engendrar un hijo o no hasta que lo intentan. En este caso, con independencia de que la dificultad o incapacidad pertenezca a uno, a otro o a ambos, afectará a la pareja. De hecho el estudio de fertilidad se realiza siempre a la pareja y el factor diagnóstico de la infertilidad es de la pareja que no consigue concebir de forma natural (esterilidad) o que no consigue llegar al parto, después de conseguir el embarazo (infertilidad).

Hasta aquí se ha expuesto de forma clara y sencilla qué es la infertilidad y esterilidad y a quién afecta. Dado que coloquialmente se suele utilizar mucho más el término de infertilidad que el de esterilidad, a partir de ahora las utilizaremos a lo largo de esta obra sin hacer distinciones, salvo en los casos que sea necesario.

El objetivo de este libro es adentrar al psicólogo en un nuevo campo de la Psicología de la Salud que hemos venido denominando “Psicología de la Reproducción” (Moreno-Rosset, 2008) haciendo un paralelismo con la denominada “Medicina de la Reproducción” como lo han hecho otras materias interdisciplinares. Nuestro propósito es 1) presentar las repercusiones psicológicas y psicosociales que esta enfermedad conlleva; 2) explicar los protocolos de los tratamientos con técnicas de reproducción asistida; 3) describir el proceso psicológico durante el diagnóstico y tratamiento médico; 4) detallar los principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad; 5) describir cómo llevar a cabo la evaluación psicológica y 6) describir los principales modelos de consejo e intervención psicológicas, y presentar el Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI) práctico y útil para su aplicación en Unidades de Reproducción. Todo ello dotará al psicólogo de una panorámica amplia que le permitirá trabajar en esta nueva área de la Psicología, con el fin de poder incorporarse en los equipos interdisciplinares de las Unidades de Reproducción.

1.1. La infertilidad y sus repercusiones psicosociales

¿Por qué la infertilidad tiene repercusiones psicológicas? ¿Cuáles son? Plantearse estas preguntas es importante porque la reproducción es un proceso fisiológico que todas las personas suponen inherente y cuya alteración o incapacidad no es visible ni previsible. Como se ha dicho, difícilmente significa un sufrimiento físico, pero sí psíquico y social. La sociedad moderna ha avanzado y cambiado en muchos aspectos sociales, tecnológicos, científicos, etc., sin embargo la fisiología humana sigue manteniendo los mismos biorritmos. Las mujeres siguen menstruando cada 28 días aproximadamente y esto les permite calcular los posibles días fértiles y realizar una planificación cuando desean un hijo, o por el contrario, aplicar métodos anticonceptivos para evitarlo. Es curioso que se evita algo que no se sabe a ciencia cierta si se tiene: la fertilidad.

El avance de la sociedad, del individuo, de la mujer, de las posibilidades de conocimiento, de estudio, de aprender, de desarrollar nuevos trabajos, etc. se enfrentan con la fisiología de las mujeres que no ha cambiado y que, además, en la especie humana tiene un especial comienzo temprano, pudiendo embarazarse mujeres siendo casi niñas y apareciendo un envejecimiento reproductivo alrededor de los 40 años, momento en que la mujer actual manifiesta su esplendor personal, social, laboral y familiar.

Como indica Christiane Northrup, *casi todas las mujeres suponen que van a poder tener hijos algún día, aun cuando no estén seguras de desearlo; la capacidad de tenerlos es importante incluso para mujeres que no tienen la intención de utilizarla nunca. La capacidad de concebir y parir puede influir enormemente en cómo se siente la mujer consigo misma en un plano muy profundo. Así pues, cuando una mujer descubre que es incapaz de tener un hijo, suele caer en una gran desesperación y lo siente como una injusticia: "Por qué yo?"* (Northrup, 2007, págs. 459-460). Los hombres también sufren cuando descubren que no pueden tener hijos. En civilizaciones pasadas, cuando una pareja no concebía un hijo, se desconocían las causas y se atribuía el problema a las mujeres, sin embargo hoy en día, se estudia a la pareja y podemos conocer el origen del problema, lo que permite aplicar los tratamientos adecuados, siendo las técnicas de reproducción asistida las más utilizadas.

El primer hito de la reproducción artificial o asistida se sitúa el 25 de julio de 1978, día que nació en Gran Bretaña Louise Brown, primer bebé concebido con medios artificiales. Desde entonces se ha hecho un gran avance científico en este campo de la Biología y Medicina reproductiva desarrollando técnicas cada vez menos invasivas y de mayor eficacia, si bien todavía no pueden asegurar el embarazo a todas las parejas infértiles. Por otro lado, la prevalencia de parejas infértiles ha aumentado considerablemente situándose alrededor del 17% y otro dato a resaltar es que se ha ido invirtiendo el origen del problema. Hace tan sólo una década, existía una mayor tasa de infertilidad femenina, habiendo aumentado la masculina de tal forma a equipararse a la femenina. Según Arnott (2008) tanto las causas masculinas como femeninas representan cada una el 40%, siendo el 20% restante infertilidades inexplicables. En esta última clasificación se encontrarían aquellas infertilidades idiopáticas o de origen desconocido y algunos autores, además, incluyen las infertilidades de tipo mixto, es decir aquellas en las que intervienen factores de origen tanto femenino como masculino.

1.1.1. Las repercusiones personales y en la propia pareja

Como podemos deducir, la infertilidad puede tener repercusiones a distintos niveles. El primero sería sobre uno mismo y *la propia pareja*, ya que cualquier relación amorosa tanto heterosexual como homosexual contiene unos componentes fundamentales como son la atracción, el deseo y el enamoramiento. Como indica López (2000), tanto el placer como la procreación están sujetos a decisiones lo que permite, a diferencia de otras especies, decir “sí” o “no” a la procreación e incluso, decidir cuándo se quiere tener descendencia.

Los vínculos afectivos y amorosos entre la pareja se establecen de tal forma que dan estabilidad a las relaciones y se asumen compromisos. En palabras de López *estos compromisos favorecen la estabilidad de la familia y de la sociedad, incluso si se generaliza, como ocurre en la cultura occidental actual, el derecho individual a decidir cuándo, con quién, cómo y durante cuanto tiempo vincularse* (López, 2000: 88). Esta capacidad de decisión libre de los seres humanos incluye, además, el momento para reproducirse, añadiendo un nuevo elemento en las prácticas sexuales de la pareja: “el propósito de concebir un hijo”.

Sin embargo, como sabemos no siempre se produce el embarazo *deseado*. Destacamos ese término porque “el deseo” es algo que está en nuestra mente y aunque la reproducción depende de que dos cuerpos coincidan armónicamente en el día adecuado, para que se dé el milagro de una nueva vida, cuerpo y mente deben estar en interacción. Algunas autoras manifiestan que muchas mujeres no se quedan embarazadas porque en el fondo no lo desean debido a las exigencias que les va a imponer un hijo (Northrup, 2007).

Con independencia de los factores que puedan estar interviniendo en la falta de concepción, lo realmente importante es saber qué puede afectar a uno mismo y a la propia pareja. En distintos niveles de comunicación o de relación, pueden aparecer más discusiones o más roces si alguno de los componentes de la pareja está profundamente preocupado por el tema. Todo dependerá de la cohesión y vínculos establecidos previamente, ya que frente a determinadas dificultades como puede ser el deseo no cumplido de tener un hijo, determinadas parejas crecen y otras se destruyen.

A medida que pasa el tiempo *la relación sexual* suele verse alterada debido a que ya no sólo se busca la comunicación y el placer, sino que se orienta casi exclusivamente a la procreación. Se pasa de una relación espontánea y natural a una relación pensada y dirigida a los días más fecundos. Estos aspectos se añaden a la dificultad *per se* de procrear, ya que está demostrado que el estrés puede modificar los ciclos hormonales. Mente y cuerpo están siempre conectados de tal forma que determinadas mujeres consiguen ovular más de una vez al mes o pueden dejar de ovular ante períodos de estrés elevados.

Además, pueden aparecer disfunciones sexuales o alteraciones del deseo/placer derivadas de la situación de no conseguir el hijo deseado. Ese deseo genera energía

positiva, pero no conseguirlo puede provocar inhibición de la respuesta sexual. Las disfunciones sexuales generan una disminución del goce y actividad sexual de las parejas, aspectos imprescindibles para conseguir, además, un embarazo. Se trataría del “pez que se muerde la cola”. Northrup (2007) alude a un estudio centrado en las relaciones de parejas infértiles en el que se constató que muchas de las mujeres tenían aversión al acto sexual, pocas tenían orgasmos y sentían una marcada falta de armonía sexual en su relación. Por tanto, este aspecto, junto a otros, será necesario abordarlo durante la intervención psicológica.

La autoestima de la pareja también puede verse afectada. Cuando transcurren los meses y no se consigue el embarazo deseado, las parejas suelen inquietarse y angustiarse progresivamente. Los pensamientos circulan por sus mentes de día y noche planteándose preguntas como ¿Acaso no sirvo? ¿Igual no puedo tener hijos? ¿Seré yo la o el culpable? Estos pensamientos disminuyen el auto-concepto y perjudican enormemente la sensación de seguridad y equilibrio emocional personal y de pareja.

Además, determinados acontecimientos pasados pueden empeorar la autoestima de la pareja haciéndoles sentir responsables o incluso culpables de no conseguir el hijo. Por ejemplo en los casos en que se haya practicado un aborto por decisión propia o se haya sido promiscuo. Estas circunstancias, aunque no mantienen relación con la infertilidad, sí pueden ser motivo de preocupación y de generación de ideas irracionales en determinadas personas por lo que, como veremos en próximos capítulos, explorar las condiciones pasadas y ofrecer información relevante puede “desangustiar” a la pareja.

La frustración, impotencia, pena, ira, culpa que van apareciendo a medida que transcurre el tiempo, son *repercusiones emocionales* derivadas de los problemas de fertilidad que pueden desembocar en estados de ánimo depresivos y ansiosos. La alteración del estado de ánimo de uno de los dos cónyuges conlleva cambios en el funcionamiento cotidiano de la pareja caracterizado por una comunicación más inhibida, discusiones, retraimiento, disminución de la capacidad de resolución de problemas. Estas repercusiones son totalmente coherentes si recordamos las principales características de la depresión que son la existencia de un estado de ánimo disfórico con pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las actividades cotidianas y placenteras, por ello el cambio de humor de tan sólo uno de los dos puede producir la disminución de intercambios positivos entre ambos y el ajuste de la pareja puede resentirse.

Finalmente queremos destacar que la incapacidad para procrear puede propiciar el *inicio de otras enfermedades o dolencias* ya que muchas parejas manifiestan padecer alteraciones del sueño, del apetito, dolores musculares, principalmente de espalda, y sensación de cansancio generalizado, síntomas y signos que identifican con la aparición del problema de fertilidad y que son claras manifestaciones somáticas ante situaciones de estrés sostenido.

En resumen podemos afirmar que la infertilidad puede provocar modificaciones sustanciales en la vida personal y de la pareja. Además, el malestar que provoca la demora del embarazo puede resultar totalmente contraproducente para conseguir el objetivo deseado. Los aspectos más necesarios para conseguir ese hijo deseado son: estar

alegres, dispuestos, con energía y disfrutando de cada uno de los momentos de la relación afectivo-sexual, con independencia de los períodos o días supuestamente fértiles.

1.1.2. Las repercusiones sociales e interpersonales

Si bien la pareja puede considerarse como grupo social, la hemos tratado separadamente por la propia entidad y relevancia que posee en el tema que estamos tratando. En este apartado describiremos las repercusiones sociales que afectan a la pareja en su relación con el entorno exterior, por tanto hablaremos aquí de las repercusiones interpersonales con las familias de origen de cada uno y con los amigos, así como la relación laboral.

En el siglo *xxi* las mujeres, por regla general, suelen haber retrasado la maternidad en aras de conseguir previamente una posición sociolaboral a la que no han podido acceder sus madres. Por ello en la planificación familiar han demorado mucho más que sus madres la edad en intentar tener hijos. La relación entre madres e hijas posee aspectos socialmente nuevos, como que las propias madres han apoyado que sus hijas estudiasen y optasen a puestos de trabajo inimaginables para sí mismas, sin embargo tanto la familia de origen como la sociedad les sigue exigiendo, además, la procreación. *La presión que ejercen algunos familiares* es otro de los factores estresantes que pueden añadirse a los tratados anteriormente. Parece como si a las familias actuales compuestas por hombres y mujeres, por sólo mujeres o por sólo hombres, no se las considerara una “familia” sino consiguen descendencia para que sus antecesores sientan que van a ser perpetuados eternamente. Lo más importante frente a las presiones familiares es que la pareja evalúe qué tanto por ciento del deseo de tener un hijo es de la propia pareja o está mediatizado por el deseo de descendencia de los padres o futuros abuelos. Un excelente trabajo sobre la familia y la pareja puede consultarse en Yago, Segura e Irazábal (1997).

Por el contrario, las familias también pueden proporcionar ayuda y apoyo a la pareja ya que suele ser habitual comentar con ellas el deseo de embarazo, siendo un motivo de alegría común dicho proyecto. Sin embargo cuando el hijo no llega pueden aparecer reproches por parte de familiares, algunos de ellos dirigidos al tiempo en que, especialmente la mujer, haya podido estar dedicada a su formación y a conseguir el trabajo deseado.

Son muchos los deseos que se entremezclan y ponerlos en orden es una tarea importante. La pareja deberá ponerse de acuerdo en su proyecto vital en el que deberá incluir aspectos domésticos, laborales, económicos y de infraestructura necesaria para vivir y convivir, y por supuesto, también será importante incluir en ese proyecto la maternidad/paternidad con el fin de que, de no conseguirse, no sea debido a una falta de acuerdo en cuanto al mejor momento para intentarlo. En ese proyecto vital será asimismo imprescindible colocar en el lugar adecuado a los familiares y amigos con el fin de que su presencia no desajuste a la pareja.

En general, la relación con las familias de la pareja es una fuente de bienestar y

apoyo social importante, si bien, como acabamos de indicar es importante no permitir que se entrometan o que quieran decidir o recriminar a la pareja aspectos que sólo les pertenecen a ellos.

Las amistades están también incluidas en las redes de apoyo social necesarias y es habitual que las parejas con problemas de fertilidad lo hablen con sus amigos, especialmente las mujeres. Por tanto tener amigos hace más fácil superar situaciones difíciles o acontecimientos vitales estresantes, sin embargo, suele ser habitual que las parejas se junten con otras con proyectos e intereses parecidos y cuando los amigos consiguen un hijo, puede producirse un efecto de rechazo hacia ellos, precisamente por la *envidia sana* y la confrontación ante el propio deseo no conseguido. Cuando, además, los núcleos de amistades se han establecido en pequeñas poblaciones, las repercusiones suelen ser más estresantes y difíciles porque coincidir con los otros es mucho más fácil y habitual y a ello se añaden los posibles comentarios del resto de conocidos, sobre todo, si se trata de un grupo de amigos que consiguen hijos, la sociedad puede llegar a estigmatizar a la pareja que no los consigue. Estos problemas se diluyen en las grandes ciudades, en las que se puede pasar más desapercibido y en las que es más difícil coincidir si no es porque ambas partes lo acuerden.

El trabajo es el lugar donde las personas pasamos la mayor parte de nuestras vidas y representa, además de una fuente económica imprescindible para vivir, aquello por lo que hemos luchado durante años con el fin de sentirnos realizados con una ocupación que nos guste y nos aporte placer. Sin embargo, puede pasar a un segundo plano cuando la pareja está totalmente entregada a su deseo de tener un hijo. Este aspecto puede producirse en uno solo de los miembros, lo que a su vez puede producir un desajuste añadido si no se comprende bien al otro. Hombres y mujeres sentimos, pensamos y actuamos de forma distinta, eso nos hace individuos. Esa individualidad debe tenerse presente en estos momentos ya que la pareja, ante el deseo común de querer un hijo, puede llegar a confundir que todo el resto de cosas de la vida se piensan y desean por igual, y no es así.

Por otro lado y como veremos en el siguiente apartado, cuando la pareja inicia las pruebas diagnósticas y el tratamiento médico para la infertilidad, debe ausentarse reiteradamente del trabajo para acudir a la Unidad de Reproducción a hacerse pruebas o controles rutinarios y estas ausencias pueden repercutir negativamente a nivel laboral porque a las empresas no les interese que una mujer o un hombre se ausente de su puesto de trabajo para llevar a cabo tratamientos de fertilidad, aspecto que por otro lado suele esconderse ante los empresarios por miedo a sufrir repercusiones laborales negativas. Como vemos, la infraestructura material y emocional de las personas está entretejida y unos aspectos de la vida se interrelacionan con otros formando un entramado, a veces difícil de tejer.

El trabajo es necesario para tener una casa, comer, vestirse, moverse y también para tener un hijo, pues un hijo cuesta también dinero. El trabajo puede ser visto como un medio o como un fin, dependiendo de los valores de cada persona. Con independencia de cómo sea para cada cual, es cierto que es necesario trabajar y cada vez

más, van aumentándose los horarios de trabajo y las exigencias laborales, y asimismo el agotamiento físico, aspecto que tampoco ayuda en la posibilidad de procrear, puesto que muchas parejas manifiestan que después de largas jornadas de trabajo cuando llegan a casa no tienen ganas de mantener relaciones afectivo-sexuales aun cuando los días sean los propicios, por tanto el deseo de tener un hijo puede convertirse en una tarea más a realizar en el día, y como podemos suponer, no es la mejor manera para conseguirlo.

Queremos llamar la atención sobre un estudio que cita Northrup (2007) realizado con mujeres italianas en tratamiento de reproducción asistida en el que se constató que tanto la vulnerabilidad al estrés como el hecho de trabajar fuera de casa estaban relacionados con un mal resultado de los tratamientos. Asimismo, Northrup comenta otro estudio en el que se comprobó que las mujeres a las que no les daban resultado los tratamientos para la fertilidad tenían más éxito en el mundo exterior que las que concebían.

Es de destacar las ventajas y desventajas que la sociedad moderna nos ha posibilitado. Hemos mejorado en la calidad de vida personal, laboral y de salud general, sin embargo, el gran porcentaje de parejas que no consiguen quedarse embarazadas debe hacernos reflexionar acerca de buscar el equilibrio para que las nuevas ventajas sociolaborales no perjudiquen la procreación, ya que es evidente que las parejas la retardan más de una década, en comparación con la generación anterior que no poseía tantas facilidades ni posibilidades sociolaborales, especialmente la mujer.

Quizá, como ocurre con toda la historia, se trata de un proceso en espiral que periódicamente pasa por las mismas coordenadas y del que esperamos conseguir mantener todas las ventajas del avance personal, profesional, tecnológico, etc. sin perder la posibilidad de tener hijos, aspecto que aparentemente va en descenso.

De todo cuanto se ha descrito hasta aquí, podemos afirmar que en la fertilidad e infertilidad intervienen no sólo los aspectos neurobiológicos, sino también los psicológicos y socioculturales. Nos situamos en un momento de la historia en la que queremos conseguirlo “todo”. Nuestras madres sólo pudieron conseguir una familia, sintiéndose en muchos casos frustradas por no poder acceder a estudios universitarios y a carreras profesionales. Ahora, en el siglo *xxi*, con todos los cambios sociales y políticos las mujeres acceden a carreras universitarias y a puestos laborales importantes, pero cuando quieren acceder a tener hijos, aparecen las dificultades. ¿Cómo debiera hacerse para poder conseguirlo “todo”: formación, profesión, familia e hijos ¿cuál debería ser el orden para poder conseguirlo? Los estudios y trabajo parecen ser prioritarios pero el tiempo que se utiliza en conseguir una estabilidad económica necesaria para formar una familia con hijos corre en contra de las pautas reproductivas que a pesar de todos los avances, son todavía inamovibles.

1.2. Estudio y tratamiento médico de la infertilidad y proceso psicológico

Actualmente se dispone de mucha información acerca de los tratamientos con Técnicas de Reproducción Asistida (a partir de ahora TRA), por lo que todo el mundo aparenta saber en qué consisten y como funcionan, sin embargo, hasta que las parejas no se adentran en el largo proceso que comporta, como casi en todo en la vida es difícil transmitir lo que representa, lo que significa, el gasto y desgaste que genera y cuál es el proceso físico y psíquico que conlleva. Por ello en este apartado vamos a describir cómo se realiza el estudio de fertilidad y las fases de que se componen los tratamientos con TRA. En paralelo explicaremos el proceso psicológico que las parejas experimentan. Pretendemos con esta información ofrecer al psicólogo una información relevante de cara a su especialización en este nuevo campo de la Psicología de la Salud, puesto que “ponerse en lugar de” o empatizar con los pacientes es imprescindible para llevar a cabo una buena labor clínica y profesional.

Empezaremos informando de los diferentes grupos de profesionales que componen las Unidades de Reproducción Asistida. Como cualquier Unidad, dispone de un Director que es el encargado de coordinar todos los servicios y realizar la supervisión de la gestión, tanto sanitaria como administrativa. Los médicos que atienden a los pacientes son ginecólogos con formación específica en medicina reproductiva. Ellos son los encargados de prescribir las pruebas y el tratamiento en función del diagnóstico de infertilidad. Los embriólogos trabajan en el Laboratorio de Embriología, que es el lugar donde se preparan los gametos y se realizan las tareas de reproducción artificial. El grupo de enfermeras y auxiliares se encargan de informar, citar y atender a los pacientes, así como ayudan a los ginecólogos y embriólogos y realizan gestiones administrativas de la Unidad. A estos profesionales cabría añadir los psicólogos, que ya se han incluido en muchas Unidades de Reproducción Humana privadas, con al menos uno o dos psicólogos encargados de atender los aspectos emocionales de las parejas infértiles, sin embargo en ámbitos hospitalarios todavía no se contempla oficialmente la figura del psicólogo. Esperemos que paulatinamente vayan incorporándose en todas las Unidades en la medida que cada vez haya más psicólogos preparados para trabajar en este nuevo campo, y sigamos demostrando empíricamente la eficacia, efectividad y eficiencia de nuestra intervención aplicada en el campo de la infertilidad.

Lo que a continuación describiremos forma parte de la experiencia directa obtenida en Unidades de Reproducción Asistida tanto públicas como privadas en las que hemos realizado diversos estudios que son los que nos han permitido conocer a fondo la problemática de la infertilidad, su tratamiento y las principales necesidades psicológicas que en cada momento demandan las parejas a las que hemos atendido en el seno de dichas investigaciones (Moreno-Rosset, 2003, 2007).

1.2.1. Primera visita a la Unidad de Reproducción

La primera visita a la Unidad de Reproducción significa un momento crucial y de

nerviosismo para las parejas que han estado durante, al menos un año, intentando conseguir el embarazo de forma natural. Existen marcadas diferencias entre solicitar una primera cita en una Unidad pública o privada. Dichas diferencias se centran, principalmente, en el tiempo y el dinero. El tiempo es superior en las Unidades hospitalarias en las que, debido a la elevada demanda, suele existir una lista de espera. Esta demora en ser atendidos es distinta en función de factores como la localización geográfica y del número de hospitales que en dicha población dispongan de Unidades de Reproducción. Para una mayor información sobre estos aspectos puede consultarse Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez (2009).

En cuanto al coste cualquier consulta médica privada debe pagarse, sin embargo, en el tema de la reproducción asistida, los costes son muy elevados debido a que lo son las pruebas diagnósticas y las TRA. Además los tratamientos requieren repetidas visitas al centro y a todo ello se añade el coste de los fármacos. Siempre que la pareja, sobre todo la mujer, disponga de una edad que le permita esperar un tiempo hasta ser atendida, suele optar por los centros públicos. En caso contrario, suelen dirigirse a unidades privadas con el consiguiente gasto que ello conlleva. Se trata pues de esperar o pagar.

Existe otro posible problema añadido en las Unidades públicas centrado en las mujeres de 40 años o más. Aunque la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida no impone limitaciones de edad para ser usuarias de las TRA, en los centros públicos hospitalarios pueden priorizar los tratamientos a mujeres más jóvenes que poseen mayores posibilidades de quedarse embarazadas y de esta forma rentabilizar los recursos públicos.

Por todos estos aspectos que van siendo cada vez más de orden público, muchas parejas solicitan cita al mismo tiempo en centros públicos y privados intentando aprovechar de cada uno aquello que les sea más rentable tanto en tiempo como en dinero. Así, algunas parejas que acuden a centros privados aportan los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas en centros hospitalarios, motivo por el cual muchas veces abandonan la Unidad pública tras la realización del diagnóstico o incluso en el inicio del tratamiento. Por otro lado, cabe resaltar que dado que en las Unidades de Reproducción hospitalarias existe un límite en cuanto al número de tratamientos que se van a aplicar, muchas parejas que no consiguen el embarazo, después de agotar todas las posibilidades de ser tratadas, se dirigen a Unidades privadas para seguir intentándolo.

Centrémonos ahora en los contenidos de la primera cita en una Unidad de reproducción. El ginecólogo es quien suele realizar la anamnesis de la pareja en la que se indaga por antecedentes de enfermedades incluidas las ginecológicas y relativas tanto a la pareja como a sus familias de origen. Asimismo, en casos de infertilidad o esterilidad secundarias, se pregunta por posibles enfermedades obstétricas, etc. Asimismo se solicita información del ciclo menstrual de la mujer y de los sistemas anticonceptivos utilizados y la fecha en que dejaron de usarlos, lo que determina la *duración de la infertilidad*. También es importante conocer si les han realizado algún estudio o tratamientos previos; el diagnóstico obtenido y los tratamientos aplicados y sus resultados. Todos estos datos, en especial estos últimos, deben responderse de forma veraz por parte de las parejas,

porque en función de los mismos el ginecólogo puede determinar empezar por un tipo de tratamiento u otro, acortando el tiempo, la cantidad de intentos y el desgaste físico que las TRA conllevan.

En esta primera cita, además de recopilar toda la información básica necesaria para la historia clínica, se exploran los órganos genitales y el aparato reproductor de ambos miembros de la pareja. Se realiza una ecografía transvaginal, se toma el peso, la talla y la presión arterial y se prescriben las primeras pruebas diagnósticas a la pareja.

Las pruebas suelen empezar por las más sencillas, por tanto las primeras suelen ser *las analíticas*. A ambos miembros de la pareja se les solicita “análisis de sangre” (hemograma completo, bioquímica básica, grupo sanguíneo, Rh y serología. A la mujer se añade el análisis de toxoplasmosis y rubéola).

Al hombre se le solicita un *seminograma o espermiograma* para conocer las características de su semen y a la mujer *analíticas hormonales*: una basal, que se realiza en el segundo o tercer día del ciclo menstrual y otra realizada sobre el 10.º día del ciclo con la aplicación de una ligera estimulación ovárica que permite conocer la reserva ovárica o la cantidad de folículos que contienen los ovarios de la mujer.

El estudio de fertilidad se realiza tomando la forma de un árbol de decisiones y buscando el origen del problema para aplicar la solución adecuada, por tanto *las siguientes pruebas en la mujer ordenadas según su complejidad serían*: la histerosalpingografía (HSG) que permite conocer la permeabilidad tubárica; la histeroscopia, método útil para observar la cavidad uterina y que permite realizar intervenciones quirúrgicas al proporcionar una visión directa; la laparoscopia suele ser uno de los últimos pasos del estudio de la fertilidad. Se trata de una prueba quirúrgica que requiere ingreso y anestesia.

En cuanto al hombre, cuando los resultados del seminograma muestran una azoospermia o ausencia de espermatozoides en el eyaculado, u oligospermia o espermatozoides con mala movilidad y morfología anómala, se realiza un “cariotipo o estudio genético” que, dependiendo de los casos, se realiza a ambos.

Cuando las parejas aportan algunos datos de análisis u otras pruebas previamente practicadas en otras Unidades se toman en consideración, repitiéndose a criterio del facultativo las que pueden corroborar o modificar el diagnóstico inicialmente aportado.

La vivencia psicológica de la pareja en esa primera visita será distinta en función de que sea la primera vez que acuden a una Unidad de Reproducción o, por el contrario, hayan ido previamente a otra u otras. Las *expectativas* serán mayores en una primera consulta, así como la *inquietud por conocer el origen del problema*. En el caso de parejas estudiadas previamente su objetivo se centrará más en *corroborar el diagnóstico y poder empezar cuanto antes el tratamiento más adecuado a su caso*.

El tiempo necesario para realizar el estudio de la pareja puede ser de varios meses que se añaden al tiempo transcurrido desde que solicitaron la cita a la Unidad, más el tiempo que llevaban desde que empezaron a intentarlo por primera vez. Por esto *el tiempo es un factor estresante* ya que a medida que aumenta, aumenta la edad de la mujer, disminuye la fecundidad y aumenta *la impaciencia, la ansiedad y la frustración*

e impotencia que se manifiesta en muchas ocasiones a través de *hostilidad o irritabilidad* como signos de agresividad ante la propia frustración. Muchas veces estas manifestaciones se dirigen hacia el equipo médico, pues no debe olvidarse que el tema por el que se consulta se circunscribe en la esfera privada, pudiendo sentir intromisión o al menos incomodidad al ser interrogados por temas de su conducta sexual, dando lugar a sentimientos de vergüenza o pudor.

1.2.2. Entrega del diagnóstico

Una vez finalizadas las pruebas que el ginecólogo haya considerado suficientes para establecer el diagnóstico de infertilidad, el objetivo de la siguiente cita será la entrega del mismo. Se trata de un *momento psicológicamente muy importante porque el conocimiento del problema permite establecer la solución más adecuada*. La forma en que se recibe la información puede hacer aumentar o disminuir la satisfacción de los servicios de la Unidad.

Aun cuando se pueda suponer que todas las parejas esperan que les confirmen que existe un problema concreto, muchas de ellas lo que esperan escuchar es que no existe ningún motivo por el cual no puedan tener hijos, por ello *el diagnóstico de infertilidad es un acontecimiento vital estresante* cuyo impacto puede alterar el estado emocional de las parejas. En este momento, las mujeres informan de un mayor grado de tensión emocional frente a los hombres (Moreno-Rosset, 2000). Ella es quien suele desarrollar posteriormente un mayor desajuste emocional, incluso en el caso de que el diagnóstico establecido sea masculino. Algunos autores indican que la mujer se exige mayor responsabilidad frente a la infertilidad, incluso cuando la imposibilidad de engendrar hijos sea del hombre. Otros sugieren que al principio el estrés o tensión que sienten las mujeres se relaciona con un posible complejo de inferioridad física y a medida que transcurre el tiempo les altera la opinión externa de la familia.

En consecuencia, la forma en que el equipo médico informe a la pareja acerca de su infertilidad es de vital importancia. Cuanto mejor explicado esté el origen del problema y con realismo en cuanto a las probabilidades de éxito de tratamiento de TRA, mejor será la adaptación a la situación.

Los factores diagnósticos de la infertilidad pueden clasificarse en femenino, masculino, mixto e idiopático. En el tipo femenino, las alteraciones en la mujer pueden ser *ováricas*, como por ejemplo la anovulación; *uterinas*, siendo las más frecuentes los miomas o las malformaciones; *tubáricas*, es decir que existe una obstrucción en las trompas que no permite el encuentro de óvulo con espermatozoide; de *baja reserva ovárica*, lo que se asemeja a una menopausia precoz y la *endometriosis*, que afecta entre un 25 a un 35% de las mujeres con alteraciones de la fertilidad.

En cuanto a las alteraciones en el hombre, las más habituales suelen ser las alteraciones del semen (movilidad, cantidad, morfología); seguidas de las alteraciones y

enfermedades del aparato reproductor masculino y finalmente las alteraciones de la eyaculación (impotencia, ausencia de eyaculación).

El factor diagnóstico mixto es aquel en el que se da una o más alteraciones de ambas partes de la pareja y el idiopático o de origen desconocido es cuando no se encuentra ninguna causa orgánica que justifique la imposibilidad del embarazo en ninguna de las dos partes, pudiendo en estos casos representar un *mayor peso los aspectos psicológicos*.

Una vez que la pareja conoce el diagnóstico de su infertilidad se enfrenta a un nuevo cúmulo de emociones como *el enfado y la búsqueda de culpables*, incluso en ocasiones pueden llegar a culpar al propio equipo médico. La pareja debe reacomodar su dolor, su pena por la pérdida real de su fertilidad. Se trata de un momento en el que *se entremezclan emociones contradictorias*. Por un lado sentimientos de frustración, impotencia o tristeza y por otro, confianza, esperanza y optimismo en conseguirlo a través de los tratamientos de TRA (Moreno-Rosset, 2000). En las Guías de Counselling de infertilidad del Grupo de Psicología de la European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE), se indica que frente al diagnóstico se produce una *disminución de la ansiedad y un aumento de la confianza*, aspectos que hemos constatado asimismo en los estudios realizados con población española en los que comparamos las puntuaciones test-retest entre la evaluación psicológica realizada en la primera visita a la Unidad con la realizada el día de la entrega del diagnóstico. Los resultados obtenidos mostraron que los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva disminuyeron significativamente el día de la entrega del diagnóstico (Moreno-Rosset, 2003). Estos resultados pueden confirmar que las emociones negativas que suelen producirse ante cualquier acontecimiento vital estresante pueden disminuirse o contrarrestarse si se experimentan, a su vez, emociones positivas, en este caso derivadas de la posible solución del problema de infertilidad.

Ante el diagnóstico de infertilidad, la pareja debe planear el siguiente paso, tomar decisiones, negociar, adquirir información y reacomodar el significado de su infertilidad con el fin de ejercer el control de la situación. La toma de decisiones resulta más difícil en las parejas cuya infertilidad requiere de tratamientos con terceras partes involucradas, es decir, que requiere la donación de gametos femeninos o masculinos o la donación de preembriones. Existen pocos estudios centrados en los motivos de la toma de decisiones en estos casos, no obstante las parejas con infertilidad secundaria muestran menores grados de estrés que las de infertilidad primaria y, por el contrario, cuando no se consigue el embarazo, la atribución del fracaso de los tratamientos es menor en las parejas que han utilizado donantes en comparación con las parejas que utilizan sus propios gametos (Epstein y Rosenberg, 2005). Algunos autores hacen hincapié en que en la fase de toma de decisiones es importante adaptarse a un entorno sin hijos, al menos momentáneamente, y realizar *una nueva comprensión del problema o explorar nuevas perspectivas*. Las parejas con mayor sensación de control y dirección de sus vidas afrontarán mejor el problema.

1.2.3. Fases de los tratamientos con TRA

Una vez tomada la decisión de empezar el tratamiento de TRA, la pareja iniciará un nuevo camino. El recorrido será más o menos largo o más o menos complejo dependiendo de la TRA que se aplique, por ello a continuación expondremos de forma sencilla cuáles son las principales TRA y las fases de los tratamientos.

La Inseminación Artificial (IA) y la Fecundación In Vitro (FIV) son las TRA más habituales y su aplicación viene determinada por el factor diagnóstico y por el tipo de alteración concreta. Los tratamientos con terceras partes involucradas son aquellos que precisan donantes de gametos masculinos (espermatozoides), femeninos (óvulos) o ambos (preembriones).

Cuando pueden ser efectivas tanto la IA como la FIV, se aplica inicialmente el tratamiento más sencillo y menos invasivo: la IA, y suponiendo que no se consiga el embarazo en un número determinado de repeticiones, se aplica a continuación la FIV. De igual forma, cuando pueden utilizarse los propios gametos siempre se inicia los tratamientos con material genético de la propia pareja, aplicándose las técnicas de reproducción con donantes en aquellos casos que resulten imprescindibles.

La probabilidad de éxito con la repetición de los tratamientos aumenta, si bien dicha repetición tiene un límite establecido científicamente a partir del cual si no se ha producido el embarazo, difícilmente se va a conseguir. Llegado ese punto la posibilidad de éxito de las TRA disminuye hasta ser prácticamente nula, momento en el que se suele desaconsejar realizar más intentos.

A) Primera fase: estimulación ovárica

Los tratamientos con TRA poseen unos protocolos concretos que son distintos en función de la técnica de reproducción artificial que vaya a aplicarse. Tanto en la IA como en la FIV se inicia aplicando dos tipos de fármacos. Uno realiza una desensibilización hipofisaria, es decir, frena los ovarios y una vez que el ovario no recibe ningún estímulo de la hipófisis, se aplican hormonas foliculoestimulantes para potenciar de forma controlada el crecimiento folicular. Es así como se consiguen uno o dos o más folículos en un ciclo menstrual de reproducción asistida. Este proceso de crecimiento folicular controlado es seguido en la Unidad de Reproducción a través de ecografías en las que se va constatando el número y tamaño de los folículos, así como se realizan analíticas para controlar los valores hormonales. Cuando los folículos han obtenido el tamaño preovulatorio adecuado, se induce la ovulación administrando otro medicamento, la GCH (gonadotropina coriónica humana) que permite planificar la extracción de óvulos, por lo que debe administrarse en el día y la hora prescritas. Como podemos observar, en los tratamientos de reproducción asistida, se *asiste* la estimulación de los ovarios y se provoca la ovulación, intentando realizar una réplica artificial de un ciclo menstrual

natural.

La IA se puede realizar con ciclo menstrual espontáneo, sin embargo es más habitual realizarla con estimulación e inducción de la ovulación porque la tasa de embarazos es superior a cuando se aplica la inseminación en un ciclo espontáneo, pero por supuesto también puede tener más riesgo de embarazos múltiples.

En la FIV se realiza, asimismo, el frenaje ovárico y estimulación e inducción de la ovulación con la finalidad de obtener un mayor número de folículos que posteriormente serán aspirados de los ovarios para poder fecundarlos en el laboratorio. Se trata de una técnica más compleja, con más pasos o fases y más invasiva que la IA y, por supuesto, con mayores riesgos.

En los casos de tratamientos con terceras partes involucradas, la primera fase de frenaje y de estimulación ovárica es parecido tanto para IA como para FIV. La principal diferencia aparece en la siguiente fase de aplicación de la TRA. En IAD y en FIV-BANCO, la inseminación y fecundación respectivamente, se realizan con semen de donante. Cuando se requiere la donación de óvulos (FIV-OVODON), se evita la punción ovárica ya que se utilizan los óvulos de una donante.

B) Segunda fase: aplicación de la TRA

Como decíamos, en la IA una vez conseguidos uno o dos folículos se provoca la ovulación y en ese mismo día se realiza la inseminación a la mujer con el semen del cónyuge, lo que se denomina Inseminación Artificial Conyugal u Homóloga (IAC o IAH), o con semen de donante, que se llama Inseminación Artificial de Donante o IAD. La IAC o IAH puede aplicarse inicialmente en diagnósticos de origen desconocido y en mujeres parapléjicas y la IAD en factores diagnósticos masculinos que presenten alteraciones genéticas o enfermedades hereditarias graves, o en azoospermias en las que no existen espermatozoides en el eyaculado. Asimismo la IAD se aplica a las mujeres homosexuales que, por supuesto, no presenten alteraciones tubáricas u otras que la desaconsejen.

En consecuencia, una vez terminada la fase de estimulación e inducción de la ovulación, se cita a la pareja en la Unidad de Reproducción para la aplicación de la IA. Cuando es con semen de la pareja, el hombre debe obtener en la misma Unidad la muestra de semen por medio de masturbación. También lo puede hacer en su casa, transportándola en adecuadas condiciones de asepsia en un plazo mínimo de tiempo que no exceda alrededor de 40 minutos. Cuando se trata de IAD se obtienen espermatozoides de bancos de semen. En ambos casos, a continuación en el Laboratorio de Embriología se capacita el semen y seguidamente se introducen los espermatozoides a través de un catéter en la cavidad uterina. La IA no requiere sedación ni anestesia y no suele producir molestias a las mujeres. Una vez inseminada la mujer es trasladada a una sala donde realiza un reposo junto a su pareja y una vez verificado el perfecto estado de salud de la misma, regresan a su casa.

La FIV está indicada en factores tubáricos que imposibilitan el encuentro de los gametos femenino y masculino. La técnica consiste en juntar un óvulo con una cantidad determinada de espermatozoides capacitados en el laboratorio, dejando que suceda la fecundación in vitro. La FIV-ICSI se aplica en los casos de alteración de la movilidad y morfología de los espermatozoides y por tanto, en lugar de dejar in vitro los mismos, se escoge un espermatozoide y se introduce con una micropipeta dentro del óvulo realizando una microinyección introcitoplasmática.

En la FIV o FIV-ICSI existen más pasos que en la IA debido a que, una vez provocada la ovulación de la mujer, se cita a la pareja a la Unidad de Reproducción para realizar una punción folicular y aspirar los ovocitos maduros a través de una punción transvaginal guiada por control ecográfico bajo sedación o anestesia local. Paralelamente, el hombre obtiene la muestra de semen siguiendo el mismo procedimiento que para IA. A continuación, la mujer guarda reposo acompañada de su pareja y al cabo de una o dos horas se le realiza una ecografía antes de darle el alta.

A partir de este momento las tareas de reproducción asistida se realizan en el Laboratorio de Embriología donde serán capacitados y seleccionados los espermatozoides para la fecundación in vitro (FIV) o se seleccionará el espermatozoide que se introducirá en el óvulo a través de microinyección introcitoplasmática (FIV-ICSI). Asimismo se controla la evolución de la fecundación, comprobándose al día siguiente cuántos ovocitos han fecundado y en qué fase de desarrollo se encuentran. Esta información es facilitada generalmente por teléfono por los embriólogos a la pareja, citándoles al segundo o tercer día después de la punción ovárica para realizarle a la mujer la transferencia embrionaria de un máximo de tres embriones, que es lo que marca la Ley, procediendo a crioconservar los preembriones restantes para utilizarlos la propia pareja en futuros tratamientos, o donarlos para investigación o a otras parejas que los precisen. Todas estas decisiones se encuentran detalladas en los Consentimientos Informados que la pareja debe cumplimentar y firmar antes de iniciar los tratamientos de TRA.

Existen diversas variaciones de la FIV ya que también puede ser realizada con donante de óvulos que se denomina FIV-OVODON o con donante de espermatozoides FIV-BANCO, en la que se utilizan espermatozoides provenientes de un banco de semen de donantes anónimos.

En los casos de FIV-OVODON, la mujer receptora habrá realizado el paso previo de estimulación ovárica para preparar adecuadamente su aparato reproductor para recibir la transferencia de los preembriones, fruto de los óvulos de donante inseminados con el semen de su pareja. En este caso no se realiza la punción ovárica.

Cuando se trata de FIV-BANCO el proceso es idéntico al de FIV convencional, a excepción de la obtención de muestra de semen de la pareja, siendo utilizados en este caso espermatozoides obtenidos de banco de semen.

C) Tercera fase: espera de resultados

La última fase de los tratamientos de TRA, con independencia de la técnica utilizada, tiene una duración de entre 15-17 días, período durante el cual la pareja no suele tener más contactos con la Unidad de Reproducción o, como mucho uno de control a la mitad de dicha fase. Se trata de esperar para conocer los resultados de la inseminación o de la fecundación in vitro o de cualquiera de las distintas variantes de dichas técnicas. Durante esa fase se administra progesterona a la mujer por si la producción endógena frente al esperado embarazo fuese insuficiente, suspendiéndola cuando no se produce el mismo.

Transcurrido ese tiempo, la mujer deberá realizarse la prueba de embarazo y posteriormente informar de los resultados a la Unidad de Reproducción. En algunos centros, se cita a la pareja para realizarles en la propia Unidad el análisis para conocer los resultados del tratamiento de TRA.

En caso de no tener resultados positivos, se suele dejar transcurrir al menos un mes con un ciclo menstrual natural y, de no existir contraindicaciones, se repite tratamiento al siguiente ciclo. Dependiendo de las patologías que existan en la pareja, los tratamientos continúan con la misma u otra técnica de reproducción distinta. Cuando se han iniciado los tratamientos con IA y se agota el número de repeticiones previstas, se suele continuar con la aplicación de la FIV con el fin de agotar todas las posibilidades de conseguir el embarazo. Del mismo modo, en determinadas ocasiones y circunstancias, después de los tratamientos de FIV convencional, pueden prescribirse técnicas que precisen de donantes: FIV-OVODON o FIV-BANCO, siempre asegurando que no exista ningún perjuicio para la salud de la mujer y de la pareja.

1.2.4. Proceso psicológico durante las fases de los tratamientos con TRA

Recordemos que antes de acudir a los tratamientos de TRA, la pareja ha deseado un hijo, ha hablado sobre el tema, ha planificado los intentos naturales para conseguirlo, ha esperado mes tras mes el embarazo, ha sentido ilusión, optimismo y alegría cada vez que lo intentaba por sus propios medios, luego poco a poco y cada vez que se presenta la menstruación, aparece la frustración, la impaciencia y la impotencia al no conseguirlo.

Es así como se acude al ginecólogo, solicitando conocer el origen del problema y su solución. La primera visita a la Unidad de Reproducción suele ser emotiva, la pareja está expectante por saber, por conocer, por averiguar, por solucionar, por conseguir el hijo deseado. Las pruebas diagnósticas producen cierta inquietud y miedo. Los resultados de las pruebas conducen al diagnóstico de infertilidad que suele producir shock o sorpresa, aun a pesar de haber transcurrido meses o incluso años desde el primer intento por concebir un hijo, así como enfado o sentimientos de culpabilidad. Cuando el ginecólogo propone la mejor solución para su caso suele aparecer de nuevo la esperanza y el optimismo centrado en conseguirlo con las TRA.

Durante las distintas fases del tratamiento de TRA se produce una “montaña rusa”

de emociones. Al principio *durante la estimulación ovárica* se siente esperanza, optimismo e ilusión, si bien resulta algo pesada la administración de fármacos diarios y las constantes visitas para realizar los controles ecográficos y hormonales. Además, los fármacos que se aplican en esta fase no están exentos de efectos secundarios emocionales como el aumento de síntomas ansiosos o depresivos.

En la fase de la aplicación de la TRA la esperanza e ilusión aumentan, si bien puede aparecer incertidumbre, inquietud y miedo a lo desconocido cuando se trata del primer tratamiento. En la repetición de tratamientos suele haber una mejor acomodación emocional al tener conocimiento del proceso. De hecho algunos estudios longitudinales indican que existe una curva emocional bimodal o en forma de “U” a lo largo de la repetición de tratamientos de TRA, encontrando en el primer o primeros tratamientos manifestaciones emocionales más elevadas, que luego disminuyen en la repetición de tratamientos y que vuelven a elevarse pronunciadamente cuando no se consigue el embarazo.

Durante *la fase de espera de resultados* se mantienen la ilusión y la esperanza, pero también aparecen la impaciencia, los temores y las conductas obsesivas de autoobservación de cualquier signo que pueda indicar o no un posible embarazo. Si los *resultados* son positivos las emociones también lo son, sin embargo cuando son negativos aparecen la desesperanza, rabia, tristeza y desilusión (Moreno-Rosset, 2000).

Según Read (1995) la aplicación del tratamiento comporta en las parejas excitación o miedo a los efectos físicos y emocionales. En la espera de resultados algunas parejas aprenden a aceptar la realidad, otras con mayores recursos recolocan sus emociones de forma que puedan reinventar su vida sin hijos, mientras que a otras se les presenta la dificultad de no saber qué pensar, ni qué sentir; otras preparan lo que supuestamente será su embarazo, sin todavía tener la certeza.

Después de todos los vaivenes emocionales se llega al final del recorrido de la “montaña rusa” y las emociones más grandes e indescriptibles de alegría o de profunda tristeza o pena ocurren al conocer si ha sucedido el embarazo o no. En cualquier caso, se trata de un proceso psicológico lleno de dificultades difíciles de gestionar por la propia pareja ya que se suma, a la pérdida de la fertilidad, la pérdida de la posibilidad de embarazo incluso por medio de las TRA. Cuando los tratamientos se repiten, los duelos se suceden, por ello la ayuda, consejo y apoyo psicológicos ofrecidos durante el estudio y tratamiento médico de la infertilidad pueden ser fundamentales e imprescindibles de cara a prevenir posibles trastornos psicológicos posteriores. Para comprender más profundamente el proceso psicológico durante los tratamientos de TRA, pueden consultarse los discursos grupales de parejas recogidos en el estudio realizado por Yago, Segura e Irazábal (1997).

1.4. Epidemiología

Es difícil presentar la prevalencia e incidencia de la infertilidad debido a que no todas las personas que la padecen son conocedoras de su enfermedad. Por otra parte como indican Romeo, Monzó y Rodríguez (2008) “*no existen estudios en nuestro país que, siguiendo una metodología adecuada, permitan establecer cuál es la prevalencia de la esterilidad involuntaria. Incluso existen razones para discrepar en cuanto al concepto de esterilidad*” (pág. 87). Los autores se refieren a que no existe unanimidad en cuanto a determinar exactamente el tiempo que debe transcurrir desde que una pareja inicia relaciones sexuales sin anticonceptivos hasta que se considera que padece infertilidad. Lo que sí parece claro es que el límite se ha ido trasladando de dos años a uno y, además en nuestra opinión dependiendo de la edad de la mujer quizá este límite debiera modificarse. Parece claro que a mayor edad menor capacidad de fecundar poseen las mujeres y se precisan más meses para conseguirlo, por lo que podría pensarse que a mayor edad se debiera establecer un rango más corto de espera para conocer si se consigue el embarazo o no, ya que ese tiempo de espera va en contra del tiempo fértil o incluso en el caso de demostrarse un problema de fertilidad, se debe aplicar cuanto antes un tratamiento de TRA. Además, los tratamientos médicos muestran mayores tasas de embarazo cuando se aplican a mujeres más jóvenes. Como vemos, se trata de un problema difícil de resolver y de una tasa epidemiológica difícil de establecer.

Cuadro resumen

La infertilidad es una enfermedad crónica con repercusiones psicológicas importantes que afectan a la propia pareja (autoestima, relación afectivo-sexual, etc.) así como a su relación con el entorno familiar, laboral o de amistades. El estudio y tratamiento médico de la infertilidad se acompaña de un proceso psicológico. En la primera visita a la Unidad de reproducción existen expectativas e inquietud por conocer el diagnóstico, que representa un acontecimiento vital estresante que produce shock o sorpresa y frente al que pueden manifestarse distintas emociones como el enfado y la culpabilidad. La solución con la aplicación de la TRA suele recuperar la confianza y esperanza en conseguir el hijo deseado. Durante el tratamiento de TRA las emociones varían como una montaña rusa. En la fase de estimulación ovárica se experimenta esperanza, optimismo e ilusión. Cuando se aplica la técnica de reproducción asistida aumentan considerablemente estas emociones y durante la fase de espera de los resultados aparecen emociones contradictorias. Por un lado se mantiene la ilusión y la esperanza, pero también aparece la impaciencia, los temores, las obsesiones y la incertidumbre. Cuando se conocen los resultados, si ha habido embarazo se despliega una enorme alegría. Por el contrario, cuando no ha habido gestación, la pena y la tristeza se manifiestan, debiendo elaborar el duelo por la pérdida no sólo de la fertilidad, sino también de la ausencia de embarazo.

En la consulta de psicología de una Unidad de Reproducción (por Nazaret Iglesias Fernández)

De la experiencia como psicóloga en una Unidad de Reproducción Humana Asistida hay que destacar la falta de expectativas realistas de las parejas en relación a los tratamientos, lo que conlleva un fuerte sentimiento de frustración, rabia, y en definitiva mucho dolor. *¿Por qué no ha funcionado la transferencia embrionaria? Ésta es nuestra segunda fecundación in vitro. ¿Por qué no me he quedado embarazada? Hemos hecho todo lo que nos ha dicho el ginecólogo, pero ¿en qué hemos fallado?* Son preguntas frecuentes, a las que debemos enfrentarnos en el día a día con estas parejas y que casi siempre se acompañan de sentimientos de impotencia y mucha tristeza.

Un dato que se debe tener en cuenta es que el porcentaje de embarazos ronda el 35% después de cada ciclo, por tanto después de un largo proceso de estimulación ovárica, extracción de ovocitos y transferencia, sólo un tercio de las parejas habrán conseguido el deseado embarazo. En las otras dos terceras partes no habrá culpables, el tratamiento se habrá seguido correctamente y las parejas habrán hecho todo lo que estaba en sus manos para conseguirlo, pero en reproducción asistida como en muchas situaciones de la vida, “querer no basta”, lo que genera sentimientos muy fuertes de vacío e impotencia.

Estos aspectos quedan reflejados en el caso de Isabel y Germán (se utilizarán nombres figurados para preservar la intimidad de las parejas); ella era una de las pacientes más volcadas en el tratamiento: realizaba técnicas de relajación diariamente tal y como le habíamos recomendado, comenzó a ir al gimnasio asiduamente siguiendo nuestro consejo y cumplía puntualmente con todas las tareas pautadas en cada una de las fases de los tratamientos de TRA; pero a medida que no conseguía el esperado embarazo, empezaron a surgir los miedos y sobre todo un sentimiento de fracaso: *“¿qué estoy haciendo mal?, ¿en qué estoy fallando?”*.

Su marido Germán era un hombre tremendamente reservado, le incomodaba especialmente que un asunto tan íntimo y personal como su problema de infertilidad se tratara en la consulta. Al principio de las sesiones de apoyo psicológico siempre acudían juntos, pero Germán no estaba implicado: “la relajación a él no le hacía ninguna falta, así que mejor que la hiciera su mujer a solas”, eran algunas de sus respuestas cuando se le animaba a acompañar más activamente a su mujer en el proceso.

En una sesión se barajaron otras alternativas como la posibilidad de la adopción, Germán se mostró rotundo, él quería un hijo suyo, con sus genes, y bajo ningún concepto aceptaría un niño adoptado. Después de 4 inseminaciones y una fecundación in vitro el embarazo seguía sin llegar... Isabel había comenzado a venir sola a las sesiones, y lloraba durante el desarrollo de las mismas, no concebía la idea de una vida sin hijos, y la posibilidad de la adopción no podía planteársela dada la negativa de su marido. La última vez que acudieron los dos juntos, Germán expresó lo mal que le sentaba a su mujer acudir a las sesiones *“si ella nunca llora, si ella en casa está bien, no entiendo por qué cada vez que ve al psicólogo se pone mal o a llorar, no creo que le convenga seguir viniendo”*. Isabel, sin embargo, había encontrado un espacio donde podía expresar sus miedos, su angustia y se enfrentaba con ayuda psicológica a la posibilidad de una vida sin hijos, que superó felizmente.

Cuando María y Miguel llegaron a la consulta se mostraron como una pareja tremendamente sólida; los dos estaban muy informados, conocían perfectamente las técnicas de reproducción ya que ambos trabajaban en el ámbito sanitario y estuvieron muy implicados en el tratamiento psicológico desde el principio. Es frecuente percibir en la consulta cómo los varones suelen mostrarse pasivos, les cuesta más expresar sus sentimientos y sienten que deben desempeñar el papel del miembro más fuerte, por eso, la actitud de Miguel resultaba tremendamente llamativa.

Después de la primera FIV, María comentó que había pasado el fin de semana muy angustiada, sobre todo le preocupaba la idea de tener un embarazo múltiple, y ese pensamiento le generaba mucho malestar. En la siguiente sesión, María le pidió a Miguel que hablase él y dijese la verdad, ya que ella se negaba a hablar. Miguel comentó que intentaba quedar bien en las sesiones, que hacía ver que apoyaba a su mujer... pero realmente no era así; en el día a día no colaboraba, ni practicando la relajación, ni en el planning de tareas establecido para la semana posterior a la FIV, ni en los registros de reestructuración cognitiva, etc.

La angustia de María tenía un origen muy concreto: consideraba que ella sola sí podría hacerse cargo de un bebé, pero si el embarazo era múltiple necesitaría el apoyo de Miguel, y no confiaba en tenerlo. El tratamiento había tambaleado los cimientos de la relación de María y Miguel; así que ambos decidieron que lo prioritario era su relación de pareja y se dedicaron las siguientes sesiones a cubrir este

objetivo.

María y Miguel no representan un caso aislado ya que un porcentaje de parejas que inician tratamientos de reproducción asistida deciden separarse durante el proceso; por eso es imprescindible incluir en la intervención psicológica en infertilidad el aumento de cohesión y equilibrio de pareja.

Otra de las parejas son Carmen y Juan Luis, ella era una mujer tremendamente volcada en su papel de esposa y futura mamá, con 30 años recién cumplidos todas sus expectativas se centraban en la llegada de un bebé. Juan Luis tenía síntomas obsesivo-compulsivos y altos niveles de ansiedad, a medida que el tratamiento fue avanzado se vio la necesidad de que comenzara a practicar técnicas de relajación, entre otras razones porque la calidad del esperma empezó a disminuir alarmantemente.

Juan Luis se implicó poco a poco en el tratamiento psicológico, al principio era muy reacio a realizar técnicas de relajación, pero paulatinamente fue percibiendo sus beneficios e incluso llegó a practicar relajación breve varias veces al día... lo que le resultaba muy beneficioso el día en que tenía que extraer la muestra de esperma en el hospital y en los días previos en los que se solía encontrar más ansioso.

Con Carmen, los cambios también fueron llegando, decidió apuntarse a clases de informática, lo que le permitió ampliar su red de apoyo social y se volvió una mujer más independiente y menos obsesionada con la idea de quedarse embarazada. Ambos se mostraron en principio muy reacios a la adopción pero en las últimas sesiones incluso llegaron a plantearse esa posibilidad, sin embargo esta opción no llegó a materializarse porque después de 4 inseminaciones y una FIV llegó el ansiado embarazo y después de 9 meses un precioso bebé.

Las parejas que acuden a unidades de reproducción asistida deben enfrentarse a un duro proceso, el primer día llegan cargados de ilusión y optimismo, pero a medida que avanza el proceso y las pruebas de embarazo negativo se suceden, el apoyo del psicólogo adquiere una mayor importancia. No sólo somos fundamentales para acompañarles durante todo el proceso, sino que en muchos casos deben contar con nuestra ayuda para aceptar la posibilidad de una vida sin hijos.

Preguntas de autoevaluación

1. En la infertilidad primaria:

- a) Se consigue un primer embarazo y un hijo a término.
- b) No se consigue un primer embarazo.
- c) Se consigue un primer embarazo pero no el hijo a término.
- d) No se consigue un segundo embarazo, después de haber conseguido un primero.
- e) No se logra un embarazo, después de haber tenido un hijo.

2. Las parejas homosexuales:

- a) Son estériles.
- b) No pueden ser infértiles.
- c) Son infértiles.

- d) Son fértiles.
- e) No tienen derecho a tener hijos.

3. La punción folicular se realiza en la TRA de:

- a) IAC
- b) FIV
- c) IAH
- d) FIT
- e) IAD

4. En los tratamientos con TRA (*marcar la respuesta falsa*):

- a) Se provoca la ovulación.
- b) Se inhibe la hipófisis.
- c) Se estimula la ovulación.
- d) Se obvia al hombre.
- e) Se controla el crecimiento folicular.

5. En la fase de espera de resultados aumenta:

- a) La frustración.
 - b) La culpabilidad.
 - c) La impotencia.
 - d) El enfado.
 - e) La esperanza.
-

2

Principales desajustes emocionales asociados a la infertilidad

La pareja del siglo ^{xxi} ha modificado la forma de relación afectivo-amorosa, digiriéndose de tú a tú, con igualdad, y eligiendo con libertad la forma de convivencia, de comunicación, de actuación social, laboral, familiar y doméstica, sin embargo, algo que permanece a pesar de todos los cambios es el deseo de tener un hijo, cuya información ancestral se lleva grabada genética y socialmente.

Conocer la imposibilidad de engendrar un hijo es un shock emocional clasificado como acontecimiento vital de sobrecarga crónica. Este evento puede producir diversos sentimientos en las personas que lo padecen: pena, tristeza, sentimiento de fracaso, culpabilidad, inutilidad y un dolor profundo. De golpe se desmoronan los pilares personales, laborales, sociales, familiares y económicos que se han estado construyendo como base para ampliar la familia. Todo cuanto se edificó en función de una planificación familiar pierde sentido al no alcanzar el objetivo cumbre de la pareja. Frente a ello se han de buscar soluciones, tomar decisiones y reacomodar la historia de pareja.

Esta labor que en principio puede parecer sencilla, no lo es. En primer lugar la fuerza del deseo no es idéntica en ambos miembros de la pareja. En segundo lugar, tampoco es igual la inversión que ha hecho cada uno en la construcción de los pilares antes nombrados. Muchas veces se han dejado de cumplir otros deseos alcanzables, supeditándolos al deseo de tener un hijo o anteponiendo otras circunstancias de vida que de haber sabido que se era infértil, se hubiera invertido el orden en la toma de decisiones en momentos anteriores. Todas estas circunstancias hacen que la infertilidad, enfermedad asintomática que no presenta signos o manifestaciones físicas de detección temprana, provoque un sufrimiento más psíquico que físico.

Ante el problema de la infertilidad, los tratamientos de TRA son la solución más utilizada por la sociedad actual. Como hemos visto en el capítulo anterior, la aplicación de los procedimientos de TRA significa un proceso físico y emocional. Como cualquier tratamiento, el de TRA conlleva diversos riesgos, por ejemplo la medicación puede producir fluctuaciones del humor y en determinados casos, un aumento de estados ansiosos o depresivos en las mujeres. Otros riesgos que pueden aparecer en la fase de

estimulación ovárica pueden ser la falta de respuesta ovárica o por el contrario el síndrome de hiperestimulación que se solventan, habitualmente, con la cancelación del tratamiento y un descanso de al menos un ciclo menstrual y reinicio de un nuevo tratamiento aplicando otras pautas de medicación que eviten dicho problema. Con independencia de los riesgos emocionales y físicos que conllevan los tratamientos de TRA, suele ser habitual la repetición de los mismos con el fin de aumentar la posibilidad de conseguir el embarazo. Entre uno y otro tratamiento debe haber, al menos, un mes de descanso. Si vamos anotando el tiempo necesario para conseguir el hijo deseado, veremos que comporta un proceso estresante con desajustes emocionales de origen endógeno y exógeno. Por todo cuanto antecede, la infertilidad y su tratamiento pueden llegar a provocar alteraciones emocionales de tipo ansioso o depresivo que, a su vez, pueden tener una influencia negativa en la consecución del embarazo.

Existen diversos factores que pueden promover una mayor o menor adaptación a la infertilidad y, en consecuencia, al desarrollo de posibles alteraciones emocionales. En primer lugar citaremos los factores personales. Los antecedentes psicopatológicos previos a la infertilidad, así como determinados tipos de personalidad son factores de riesgo de trastornos del estado de ánimo. Asimismo, la infertilidad y esterilidad primarias conllevan mayor riesgo de alteraciones emocionales que las secundarias, puesto que significa, respectivamente, que jamás se ha conseguido un embarazo “a término” o que ni tan siquiera se ha conseguido un embarazo. En cuanto al género, el mayor factor de riesgo es ser mujer. En relación a la edad, a mayor edad peor adaptación a la infertilidad y mayor probabilidad de desequilibrios emocionales. Finalmente, deberemos tener en cuenta los recursos y estrategias de afrontamiento que se utilicen, así como la escala de valores establecida por la pareja. Un factor de riesgo será cuando aparece como objetivo exclusivo de vida el hijo dejando relegados otros valores como el de ser feliz con o sin hijos o el placer de convivir en pareja, etc.

Entre los factores interpersonales o situacionales podemos citar una escasa o inadecuada relación afectivo-amorosa de la pareja, ya que el afrontamiento de la infertilidad requiere de un alto grado de cohesión en la relación marital. Además, la ausencia de una red social es asimismo un factor de riesgo ya que significa no disponer de apoyos sociales, imprescindibles para poder hacer frente a la situación de infertilidad.

En consecuencia, la investigación en este campo se ha centrado en el estudio de las principales alteraciones asociadas a la infertilidad: la ansiedad y la depresión, así como los moduladores psicológicos anteriormente mencionados. Con el fin de aportar información relevante que permita conocer en mayor profundidad las características psicológicas de pacientes con problemas de fertilidad que acuden a las TRA, realizaremos una revisión y estudio reflexivos de trabajos publicados en revistas científicas y específicas de esta materia.

2.1. Estudio de los desajustes emocionales asociados a la infertilidad

En el abordaje de este apartado partiremos del trabajo de Verhaak *et al.* (2007), que ofrece una revisión de los trabajos realizados en los últimos 25 años sobre el ajuste emocional de las mujeres en los tratamientos de FIV. Por otro lado, se ha escogido el trabajo realizado por Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila (2008) que explica las alteraciones o desajustes emocionales que suelen aparecer ante el diagnóstico de infertilidad, en los tratamientos y durante el embarazo y la crianza, aspecto este último menos estudiado puesto que las investigaciones se concentran mayoritariamente durante el proceso de las TRA, siendo menos numerosas aquellas que centran su atención a partir de conseguir el embarazo con TRA y un hijo a término con su correspondiente crianza.

Si atendemos al título del trabajo realizado por Verhaak *et al.* (2007) “Women’s emotional adjustment to iVF. A systematic review of 25 years of research”, veremos que alude al “ajuste” y no a “trastorno” psicológico. Durante su lectura podemos reflexionar sobre si realmente las parejas infértiles padecen trastornos o desajustes emocionales de tipo ansioso y depresivo. Quizá por ello, con buen criterio divide los estudios revisados en función del momento en que se ha realizado la evaluación psicológica (pretratamiento o pre-postratamiento médico). Según estos autores existen características multidimensionales del ajuste emocional cuando no se produce el embarazo esperado. Asumen que los distintos procedimientos de iA o FiV determinan las respuestas emocionales al tratamiento y su resultado. Al constatar la variabilidad, en cuanto a los distintos resultados en función de diferentes variables personales e interpersonales, así como debidas a los distintos tipos de tratamiento y sus repeticiones, concluyen que es importante ofrecer apoyo psicológico a aquellas mujeres con riesgo de padecer trastornos emocionales y por tanto su detección temprana.

Antequera *et al.* (2008) coincide con Verhaak *et al.* (2007) al considerar que el estado emocional de las parejas no es estático sino que evoluciona y se modifica conforme se van sucediendo los ciclos de tratamiento y explica que no tiene la misma cualidad el estado emocional que acompaña a la realización de las pruebas diagnósticas, que el que sigue al momento de recibir el diagnóstico, ni al de comenzar el tratamiento, ni cuando los tratamientos no tienen éxito o hay que volver a iniciarlos o repetirlos.

Al parecer son las características de esta enfermedad que gira alrededor del “deseo de lo inexistente” y “el tratamiento” lo que convierte las reacciones emocionales en específicas y diferentes de las que presentan otros enfermos crónicos. Antequera *et al.* (2008) utiliza el término “carrusel de emociones” para aludir a las emociones tanto positivas como negativas que se suceden alternativamente y en un corto período de tiempo.

En el trabajo de revisión de Verhaak *et al.* (2007) contabiliza, además, los instrumentos de evaluación más frecuentemente utilizados para evaluar los trastornos emocionales, siendo los más utilizados el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene), el inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck) y el Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90; Derogatis). En nuestra opinión, los instrumentos de evaluación psicológica unidos al momento de su aplicación y al procedimiento de administración pueden variar las conclusiones de cualquier investigación y aún más en

investigaciones realizadas en población infértil, que por sus características particulares no siguen las mismas pautas de adaptación a la enfermedad que otras enfermedades crónicas. Como explican Antequera *et al.* (2008), en las personas infértiles cada inicio de tratamiento representa un comienzo y cada fracaso un final. Por el contrario la primera adaptación en otras enfermedades suele suceder a los 6 meses y la segunda al año.

Por ello hemos realizado una selección de artículos, que han utilizado los tests antes mencionados, clasificándolos en función del momento en que se ha aplicado la evaluación psicológica. Comentaremos los resultados encontrados, y anotaremos cualquier otro dato que pueda ser de interés para el psicólogo clínico.

2.1.1. Evaluación psicológica en la fase pre-tratamiento médico

Salvatore *et al.* (2001) realizan una evaluación pre-tratamiento con el SCL-90-R a 101 mujeres infértiles y 75 controles. En su estudio tienen en cuenta la duración de la infertilidad, el diagnóstico, el número de tratamientos y el éxito o no de los mismos. Encuentran *mayor ansiedad en las mujeres infértiles frente al grupo control*, sin embargo no encuentran diferencias significativas entre las que consiguen el embarazo o no en las distintas variables psicopatológicas que evalúa el SCL-90-R.

Wang, Li, Zhang, Zhang, Yu y Jiang (2007) evalúan a 100 mujeres con tratamiento de FIV, a 100 con FIV-ICSI y a 100 controles con el SCL-90 encontrando asimismo diferencias significativas entre los grupos infértil y el fértil. *Las mujeres infértiles presentan mayor obsesión, depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal e ideación paranoide*. Encuentran mayores niveles de depresión en las mujeres a las que se les ha aplicado la técnica de FIV en comparación con las de FIV-ICSI. El análisis de regresión múltiple indica que las puntuaciones obtenidas en el SCL-90 se relacionan con las siguientes variables: edad avanzada, duración de la infertilidad, el distrito donde viven, los ingresos anuales, los estudios, la técnica de TRA aplicada, los tratamientos de FIV anteriores y la expectación de éxito en el tratamiento. Encuentran una tendencia a una correlación negativa con el nivel de educación y la salud personal. Sobre otros resultados relevantes, encuentran menos estable la relación marital en las parejas infértiles frente a las fértiles.

Dyer, Abrahams, Mokoena, Lombard y van der Spuy (2005) aplican el SCL-90-R a 120 mujeres infértiles y 120 controles *encontrando puntuaciones significativamente más altas en todas las escalas del instrumento*. Cuando comparan mujeres infértiles con mujeres maltratadas, éstas puntúan significativamente más elevado en seis de las doce escalas del SCL-90-R, por lo que la condición de haber sufrido abusos se relaciona con una mayor patologización que la que pueden presentar las mujeres infértiles.

Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard y Verres (2001) envían por correo a un total de 1.170 parejas una batería de cuestionarios, entre los que se incluye el SCL-9-R. Los resultados obtenidos de las 564 parejas que respondieron fueron los siguientes: las

escalas de psicoticismo, ansiedad fóbica, hostilidad y sensibilidad interpersonal presentaron mínimas elevaciones frente a la población general. *Los hombres mostraron un leve perfil distinto a las mujeres, encontrándose puntuaciones más elevadas en somatización e ideación paranoide y más bajas en la escala obsesión-compulsión. La puntuación de “distrés” o sufrimiento global GSI fue superior en las mujeres y al comparar las mujeres con diagnósticos de origen desconocido frente al resto no encontraron diferencias significativas.*

Guz, Ozkan, Sarisoy, Yanik y Yanik (2003) aplicaron a 50 mujeres infértiles y 50 controles las pruebas SCL-90, BDI y STAI no encontrando diferencias significativas entre ambos grupos en ninguno de los instrumentos, excepto en la escala de *psicoticismo del SCL-90, que resultó superior en el grupo de mujeres infértiles*. Consideramos relevantes otros datos aportados por estos autores en relación al grupo de mujeres infértiles que hacen frente a reacciones negativas del marido, familia del marido y entorno social y que son las que presentaron mayores puntuaciones en obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, paranoia, psicoticismo y la escala total del SCL-90. Por otro lado, encontraron correlaciones negativas entre la edad y las puntuaciones del BDI y el STAI. La duración de la infertilidad correlacionó negativamente con el BDI.

Ozkan y Baysal (2006) administraron el SCL-90, STAI y BDI asimismo a una muestra de 50 mujeres con infertilidad primaria y 50 controles con hijos. El grupo infértil presentó *puntuaciones significativamente superiores en depresión y ansiedad-rasgo* medidas con los dos últimos instrumentos. Respecto a los resultados obtenidos con el SCL-90, las mujeres infértiles *puntuaron más alto en obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad y las escalas totales GSI, PST y PSDI*. Recordemos que dichas escalas miden la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global (SGI), el número de síntomas presentes o diversidad de la psicopatología (PST) y la intensidad sintomática media (PSDI). Por otro lado encontraron las siguientes correlaciones. Positivas entre nivel de estudios y ansiedad-estado (A-E) y rasgo (A-R) medidos con el STAI; la media de duración de la infertilidad (6,38 años) y las escalas de depresión y PST del SCL-90; y la duración del tratamiento y las escalas de depresión, GSI y PST del SCL-90. Correlaciones negativas se encontraron entre nivel de estudios; ingresos y depresión (BDI); los ingresos económicos y las puntuaciones de GSI y PST del SCL-90; la duración del tratamiento y la ansiedad-estado (AE; STAI); la duración del matrimonio y las escalas de depresión y PSI del SCL-90.

En resumen podemos observar que en los estudios analizados la evaluación pretratamiento médico con TRA muestra que *las mujeres infértiles comparadas con grupos controles presentan puntuaciones superiores en distintas dimensiones sintomáticas evaluadas con las pruebas SCL-90, BDI y STAI*. Por otro lado se observa que efectivamente existen variables multidimensionales que deben ser consideradas por la relación que pueden mantener con los niveles de sintomatología psicopatológica observada (sociodemográficas, duración de la infertilidad, diagnóstico, número de tratamientos, embarazo, abortos, etc.).

La pregunta crucial para poder afirmar si las mujeres infértiles al iniciar los tratamientos de TRA presentan alteraciones psicopatológicas o no es saber si los niveles encontrados en los estudios, aun siendo estadísticamente superiores en la población infértil frente a la general, son indicadores de psicopatología o no. En este sentido los datos obtenidos en investigaciones realizadas en población española en la que se utilizaron los mismos instrumentos citados anteriormente, la evaluación pre-tratamiento mostró niveles equiparables, constatándose que no existía mayor porcentaje de trastornos de ansiedad y depresión que en población general (Moreno-Rosset, 2007). A esta misma conclusión llegan Verhaak *et al.* (2007) que afirman que la población infértil no difiere de la población general en cuanto a la prevalencia de trastornos psicopatológicos.

¿Significa entonces que los artículos publicados ofrecen datos erróneos? Creemos que no, ya que efectivamente las muestras infértiles estudiadas presentan puntuaciones más elevadas que los grupos controles extraídos de la población general, pero la mayoría sin llegar a ser clínicas. Estos datos son relevantes en cuanto a que las *mujeres infértiles representan una población de riesgo a desarrollar posibles alteraciones psicológicas relacionadas con la ansiedad y la depresión*. inicialmente, las manifestaciones con connotaciones ansiosas y depresivas hacen referencia a un balance emocional negativo que al no reunir las características ni los criterios de psicopatología pueden definirse como “desajuste emocional” que sería el paso previo al desarrollo de alteraciones clínicas, por lo que la detección precoz de dicho desajuste es crucial en infertilidad con el fin de realizar una labor preventiva.

2.1.2. Evaluación psicológica en la fase pre-postratamiento médico

Presentamos seguidamente varios estudios de seguimiento realizados por el grupo de Verhaak en el que aplicaron el BDI y el STAI. El primero realizado en 2001 (Verhaak *et al.*, 2001) evaluaron una muestra de 207 mujeres en dos momentos. T1: antes de iniciar el primer ciclo de tratamiento y T2: cuatro semanas después de producirse o no el embarazo. En la fase pre-tratamiento, encontraron diferencias significativas en ansiedad y depresión, siendo las mujeres que posteriormente se embarazaron las que presentaron menores puntuaciones. En la fase postratamiento encontraron un incremento de depresión en las mujeres que no consiguieron el embarazo, concluyendo que existe una significativa respuesta emocional en el primer tratamiento de FIV o FIV-ICSI cuando no se produce el embarazo, no encontrando diferencias entre la aplicación de los procedimientos FIV o FIV-ICSI.

En otro estudio de Verhaak *et al.* (2005a) aplicado a 386 mujeres, 101 embarazadas y 285 no embarazadas en dos momentos. T1: antes del primer tratamiento de TRA y T2: cuatro semanas después del test de embarazo. En T1 no encontraron diferencias en ansiedad y depresión en el primer tratamiento FIV en relación a las variables edad, sexo, grupo normativo, estudios, duración de la infertilidad. En T2 hallaron un aumento

significativo de ansiedad y depresión.

El mismo grupo en 2005 (Verhaak *et al.*, 2005b) presenta otro estudio longitudinal en el que realizaron tres evaluaciones a 148 mujeres y 71 hombres. T1: antes del inicio del tratamiento médico, T2: cuatro semanas después del embarazo y T3: seis meses después. Los resultados obtenidos fueron que las mujeres muestran un incremento de ansiedad y depresión tras un fracaso del tratamiento de TRA y una disminución en caso de éxito. Los hombres no experimentaron cambios en ambos casos. Las mujeres que habían fracasado en el tratamiento, seis meses después del fracaso del mismo no se habían recuperado todavía. El 20% mostraron formas subclínicas de ansiedad o depresión.

Khademi *et al.* (2005) realizaron un estudio a un total de 251 mujeres aplicando el BDI antes y después del tratamiento de TRA y analizaron los resultados en función de si se había producido el embarazo o no y las diferencias entre pre y postratamiento de TRA. En los análisis realizados en la fase pretratamiento no encuentran diferencias significativas en puntuaciones de depresión en función de haber conseguido el embarazo o no, sin embargo cuando contrastan las fases pre-postratamiento sí encuentran diferencias siendo las mujeres que no consiguen el embarazo las que puntúan más alto en el postratamiento de TRA.

Linsten, Verhaak, Eijkemans, Smeenk y Braat (2009) publicaron un estudio en el que ofrecieron participar a 1.124 mujeres, de las cuales aceptaron el 70%, o sea un total de 783. A esta muestra se descontaron 78 por cancelación del tratamiento y 284 por no completarlo, quedando un total de 421 mujeres que cumplimentaron las versiones abreviadas el STAI y BDI en tres momentos T0: mientras estaban en lista de espera para el primer tratamiento de FIV, T1: un o dos meses antes del inicio del tratamiento FIV y T2: un día antes de la extracción de ovocitos. La comparación de las puntuaciones entre T1 y T2 muestra que ni la ansiedad ni la depresión tienen influencia en la cancelación del tratamiento ni en conseguir el embarazo, concluyendo por tanto que dichas dimensiones psicológicas no son predictoras de aspectos del tratamiento médico como su cancelación o su éxito. Por supuesto, comentan que estos resultados difieren de otros estudios anteriores realizados por parte del equipo de su mismo grupo investigador.

Como se puede constatar, la mayoría de estudios se centran muy especialmente en estudiar las posibles diferencias en trastornos emocionales en función de la variable embarazo o no, puesto que es el objetivo de los tratamientos de TRA y la mayoría están hechos por equipos médicos. Parece ser que el hecho de no conseguir el embarazo puede provocar con posterioridad trastornos clínicos de depresión y ansiedad como lo demuestran Verhaak *et al.* (2005b) en su estudio de seguimiento después de seis meses de fracaso del tratamiento de TRA. En general, los estudios encuentran en la fase pretratamiento diferencias significativas en depresión o ansiedad entre las mujeres que luego consiguen el embarazo o no. Al parecer las que consiguen el embarazo presentan previamente menores niveles de sintomatología ansiosa o depresiva. Por el contrario, otros estudios como el de Linsten, Verhaak, Eijkemans, Smeenk y Braat (2009) no encuentran relación entre las medidas de ansiedad y depresión y la cancelación de

tratamiento de FiV o el embarazo de las mujeres.

Los resultados de los estudios parecen contradictorios, como ocurre en la investigación en otras muchas áreas de la salud. La reflexión debiera realizarse partiendo de que no es posible comparar unos estudios con otros, cuando el diseño, método y procedimiento empleados son distintos. Como hemos podido observar cada estudio realiza la evaluación psicológica en momentos diferentes del proceso de tratamiento médico y, como sabemos, existen variaciones emocionales que pueden influenciar notablemente las respuestas otorgadas por las mujeres, generalmente, evaluadas. Además, el procedimiento de obtención de la información es crucial ya que no es lo mismo enviar cuestionarios masivos por correo que realizar una evaluación individual caso a caso y aplicada por psicólogos, ya que una gran mayoría de los estudios de los aspectos psicológicos de la infertilidad están diseñados y realizados por médicos.

2.1.3. Evaluación psicológica en la fase pre-postratamiento médico y psicológico

En este apartado se analizan estudios en los que, además del tratamiento médico, se ha llevado a cabo un programa de intervención psicológica, por lo que se ha realizado una evolución pre-postratamiento médico y psicológico.

Cooper (2007) evalúa con el FPI (Fertility Problem Inventory; Newton Sherrard y Glavac, 1999) a 145 parejas, de las cuales analiza los resultados de 129 (69 embarazadas y 60 no embarazadas) encontrando que las mujeres que consiguieron el embarazo presentaban antes del tratamiento de TRA elevadas puntuaciones en la escala global de estrés del FPI. Para explicar estos resultados se basa en la teoría de Yenes-Dobson de 1908 que interpolada a su estudio puede explicar que es preciso un mínimo u óptimo nivel de estrés como prelude para poder afrontar los efectos negativos de los tratamientos de TRA, motivo por el que las mujeres que inicialmente demuestran mayores niveles de estrés consiguen posteriormente el embarazo. Asimismo Cooper resalta dos aspectos del proceso de evaluación importantes. Uno hace referencia al instrumento de evaluación específico aplicado, el FPI, que ha demostrado poseer una buena validez discriminante y su utilidad como predictor de los resultados de las TRA, y el otro en relación a que la evaluación psicológica ha sido realizada por psicólogos y critica que en muchos de los estudios realizados, son los médicos quienes evalúan o se envía por correo los cuestionarios, aspectos que no proporcionan un método o proceso de evaluación correctos.

En el estudio de De Klerk *et al.* (2008) parte de 391 mujeres de las cuales consigue la evaluación de 289 y utiliza además de instrumentos estandarizados, un registro diario de emociones (DRK: Dayly Record Keepeng Chart) cuyos resultados muestran que el embarazo se relaciona con la vivencia de afecto negativo evaluado en la fase pre-tratamiento médico por el DRK. Su estudio forma parte de otro más amplio en el que

aplican un programa de intervención psicológica, concluyendo que las mujeres que utilizan en la fase pre-tratamiento el mecanismo de defensa de represión o negación de emociones se ven más beneficiadas posteriormente del programa de intervención psicológica y, además del éxito de los tratamientos de TRA. Es habitual en medicina encontrar sinergia o cooperación de dos o más fármacos o tratamientos que tienen acción igual o análoga, lo que desde nuestra opinión, explicaría que las mujeres que inicialmente presentan en la fase pre-tratamiento mayores niveles de afecto negativo se beneficien posteriormente de los dos tratamientos que reciben, el de TRA y el psicológico.

Ante estos resultados es importante aludir a un trabajo realizado por una de las psicólogas pioneras en los estudios sobre Psicología de la Reproducción, Alice D. Domar. En su trabajo realizado en 1999 (Domar, Friedman y Zuttermeister, 1999) en el que evaluaron con el SCL-90-R y el BDI a 132 mujeres (76 no embarazadas y 56 embarazadas) y que aplicaron el Programa Mente-Cuerpo para la infertilidad (Domar y Dreher, 1996) encontraron diferencias significativas entre las fases pre y post-tratamiento médico y psicológico siendo superiores las puntuaciones del BDI y del SCL-90-R en la fase pre-tratamiento en las mujeres embarazadas. Además, entre la fase pre-postratamiento médico y psicológico, aparecen disminuciones significativas de los estados emocionales, por lo que concluyen que las mujeres que presentan en la fase pre-tratamiento mayores niveles de distrés se benefician más de la intervención psicológica ya que muestran, además del embarazo, disminuciones significativas en la fase postratamiento.

Finalmente, en estudios realizados con población española (Moreno-Rosset, 2007) hemos encontrado resultados en la misma dirección que Cooper (2007), De Klerk *et al.* (2008) y Domar, Friedman y Zuttermeister (1999). Como ya hemos indicado con anterioridad, inicialmente las mujeres infértiles estudiadas no representaban un grupo psicopatológico, sin embargo, las comparaciones entre las fases pre y postratamiento médico y psicológico mostraron que en la fase de pre-tratamiento, las mujeres que consiguieron el embarazo presentaban puntuaciones significativamente superiores en diversas escalas del SCL-90-R. Con el fin de conocer los cambios pre-postratamiento en los grupos de embarazadas y de no embarazadas, se realizaron análisis por separado en ambos grupos, observándose que los dos presentaban reducciones significativas en la fase pos-tratamiento, equiparándose en dicha fase las puntuaciones (Moreno-Rosset, 2007). Estos datos demuestran que tras la aplicación del programa de apoyo psicológico no existían diferencias entre los grupos y subraya con mayor intensidad la eficacia de la intervención psicológica, aspecto que, asimismo, resaltan De Klerk y Domar en sus estudios.

Además, estamos de acuerdo con Cooper en cuanto a la importancia de realizar una correcta evaluación psicológica, estableciendo una relación empática previa con las parejas y ofreciéndoles información e instrucciones claras y precisas en cuanto a la cumplimentación de los cuestionarios, autorregistros, etc. Está claro que una evaluación psicológica realizada por psicólogos profesionales que incluya instrumentos de evaluación específicos facilita la expresión de emociones, pensamientos y conductas de las personas

evaluadas.

2.1.4. Alteraciones emocionales ante el diagnóstico de infertilidad, su tratamiento y el embarazo y crianza en parejas infértiles

Para concluir este apartado tomaremos en consideración el trabajo de Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila (2008), que explican las principales alteraciones psicológicas asociadas a la infertilidad en función del momento que atraviesa la pareja, por lo que aportan una información complementaria y necesaria para los psicólogos clínicos que deban tratar el proceso emocional de las personas infértiles. Estos autores confirman que la sintomatología depresiva y ansiosa que aparece frente al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad se encuadra más en el concepto de “desajuste emocional” que en el de alteración psicopatológica. Señalan que son numerosos los estudios que confirman la existencia de elevados niveles de ansiedad tras los fracasos terapéuticos. Indican que el mayor impacto emocional tiene lugar tras el primer ciclo de tratamiento sin éxito y puede persistir durante semanas. Aluden a las diferencias de género en cuanto a la vivencia emocional, siendo los hombres los que mantienen mejores niveles de equilibrio emocional. Recordemos que en los sucesivos tratamientos los niveles de ansiedad disminuyen progresivamente debido a un posible efecto de desensibilización ante los mismos, produciéndose finalmente un nuevo aumento al no conseguir el hijo a pesar del esfuerzo, energía y economía empleados. Podemos afirmar que la mayoría de parejas infértiles suelen estar dispuestas a “todo” o a “casi todo” por conseguir el hijo deseado.

Cuando se consigue el embarazo, éste no está exento de un posible aborto, representando otro acontecimiento traumático en la vida de estas parejas que incrementa la vulnerabilidad al desarrollo de cuadros de depresión mayor (Antequera, 2009). Cuando se consigue el hijo en casa, se debe realizar la transición de la díada a la tríada, que significa otro ajuste en la pareja por lo que, como señalan los autores, la paternidad y la maternidad constituyen un período de cambios inter e intrapersonales.

2.2. Estudio de las disfunciones sexuales asociadas a la infertilidad

La decisión de tener un hijo implica una conducta sexual doblemente satisfactoria: la relación amorosa-sexual y conseguir un hijo. Sin embargo después de mucho tiempo de mantener relaciones sexuales sin conseguir el embarazo, el goce y placer que inicialmente producía dicha actividad, puede convertirse en aversiva y llegar a producir disfunciones sexuales que significan una interrupción del goce en las parejas y en su actividad sexual. La disfunción sexual aparece cuando se ve alterada alguna o varias de las fases del ciclo de respuesta sexual: deseo, excitación, orgasmo y resolución. El impacto del diagnóstico

y los tratamientos de TRA pueden desarrollar disfunciones sexuales y alteraciones del deseo/placer en las parejas infértiles, por tanto, al igual que conviene realizar una evaluación del ajuste o desajuste emocional, también deberemos evaluar el ajuste sexual de las parejas y las posibles disfunciones sexuales.

Existen menos estudios centrados en los aspectos sexuales que en los emocionales, por ello aludiremos al trabajo realizado por otra autora relevante en el estudio de la infertilidad, la Dra. Linda Hammer Burns. Esta autora indica que las disfunciones sexuales en las parejas infértiles estarían relacionadas con la *pérdida o disminución del deseo sexual* ante la angustia emocional o tensión que produce la infertilidad y su tratamiento médico. Añade que tanto hombres como mujeres pueden sentirse deprimidos y perder el interés por el sexo bajo demanda o considerar que es difícil sentir deseo cuando se sienten frustrados por conocer su infertilidad. Según señala Burns, en la pérdida del interés sexual pueden intervenir los fármacos que se aplican durante el tratamiento de TRA al alterar los niveles hormonales, afectando al deseo sexual, a la excitación o a la experiencia orgásmica (Burns, 2006).

Cuadro resumen

En este capítulo se han expuesto los resultados obtenidos en trabajos de investigación sobre el estudio de las principales alteraciones psicológicas asociadas a la infertilidad. Asimismo se ha aludido a los principales problemas sexuales que se relacionan con la infertilidad: las disfunciones sexuales y alteraciones del deseo/placer. Algunos autores indican que las parejas al sentirse deprimidas pierden el interés por el sexo puesto que les es difícil sentir deseo cuando se sienten frustrados ante su infertilidad.

Se han expuesto los resultados obtenidos en estudios en los que se ha realizado una evaluación psicológica pre-tratamiento médico, pre-postratamiento médico y los resultados obtenidos en estudios en los que se ha aplicado, además del tratamiento médico, una intervención psicológica.

Los resultados generales muestran que las mujeres que consiguen el embarazo presentan en la fase pre-tratamiento médico menores niveles de ansiedad y depresión, y las que no consiguen el embarazo presentan en la fase pos-tratamiento médico mayores niveles de ansiedad y depresión.

Cuando junto al tratamiento médico se aplica un programa de intervención psicológica, las mujeres que consiguen el embarazo muestran en la fase pre-tratamiento médico y psicológico mayores niveles de ansiedad y depresión, mientras que en la fase pos-tratamiento tanto las mujeres que consiguen el embarazo como las que no, disminuyen significativamente los niveles de ansiedad y depresión. Estos resultados deben hacernos reflexionar sobre la importancia de incorporar ayuda o tratamiento psicológico en los tratamientos médicos de la infertilidad, ya que no solamente consiguen un adecuado equilibrio emocional las mujeres que consiguen el embarazo, si no que el ajuste emocional también se da en las que no lo consiguen.

Exposición de un caso clínico (por María del Castillo Aparicio)

Ana de 31 años y Javier de 37 son una pareja joven y dinámica que acudieron a la Unidad de Reproducción Asistida de una clínica privada de su ciudad para realizar su tercer intento de Fecundación in Vitro, pero el estado de Ana con un nivel elevado de ansiedad y angustia hacían aconsejables unas sesiones de psicoterapia antes de volver a pasar por el tratamiento de reproducción. Por recomendación de su ginecóloga acudieron a la consulta de la Unidad de Psicología de dicha clínica.

Él trabaja en su propia empresa de recambios automovilísticos y ella, funcionaria, trabaja en labores administrativas, tienen un nivel socioeconómico medio-alto. Viven en una casita con jardín a pocos kilómetros de la ciudad, es un sitio tranquilo que han ido preparando para la posible llegada del bebé.

Llevan 5 años casados y desde hace 4 intentan tener un hijo sin conseguirlo, empezaron pronto, *–lo teníamos claro desde el principio–*, hace siete meses sufrieron un aborto después de un embarazo de dos meses que los dejó muy desanimados. La causa de infertilidad parece ser una endometriosis, según el diagnóstico médico.

En la primera visita Ana informa interrumpida por el llanto que es muy difícil para ella hablar sobre el tema, que lo pasa muy mal cuando ve embarazadas *–en mi cabeza no encuentro más que reproches, no me deja vivir, ni dormir y me está impidiendo ver más a mis amigas. El 100% del tiempo estoy pensando en el embarazo–* confesaba preocupada.

Él tiene prisa por tener un hijo, *–no quiero ser un padre viejo–* explica *–quiero estar en plenitud de mis energías cuando tenga que encarar la adolescencia. Ya empezamos a intentarlo pronto por lo mismo. Yo, si no lo puedo tener pronto, prefiero no tenerlo–*.

Ella, aunque no tiene tanta prisa con respecto a la edad, quiere complacerle, se autoexige y no entiende por qué le tiene que pasar esto a ella, que siempre ha llevado una vida ordenada, que es joven y sana, sin embargo este aspecto de la vida escapa de su control y no sabe qué hacer, se encuentra desorientada y fracasada.

El tema de la infertilidad sólo lo han comentado con su círculo familiar más próximo *–no es una cosa para ir contando–* confiesan avergonzados. *–¿Qué van a pensar de nosotros? Cada vez quedamos menos con los amigos, es muy doloroso verlos con sus hijos, algunos ya van a por el segundo y nosotros nada, no queremos que nos miren con pena, aunque es peor cuando te preguntan: ¿Qué? ¿Vosotros no os animáis? Disfrutad vosotros que podéis ahora sin niños. No se dan cuenta de que lo que queremos es pasar sus dificultades y alegrías al lado de sus hijos. Es muy duro...–*

La relación de pareja está “bien” informan *–aunque a veces yo estoy un poco irascible y me enojo por cualquier cosa–* dice Ana. Javier asiente *–Yo ya no sé qué hacer. Si hablamos del tema mal porque acaba llorando y si lo evito y cambio de tema ella piensa que no me importa. En cuanto a las relaciones sexuales poco a poco se han vuelto más esporádicas. Ana no se encuentra con ánimo, lo está pasando mal y este problema le deja sin ganas, a la vez se siente culpable pues sabe que son oportunidades que pierde. En alguna ocasión hace el esfuerzo pero ya no disfruta como antes. Su cabeza está en otra parte... ¿tendremos suerte esta vez?*

(Este caso es real, los datos personales de la pareja son ficticios para salvaguardar su anonimato. La evaluación e intervención psicológicas realizadas se describen en los siguientes capítulos.)

Preguntas de autoevaluación

1. Se puede asegurar que las parejas infértiles:

a) Sufren trastornos psicopatológicos.

b) Padecen varias psicopatologías.

- c) Poseen riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos.
- d) Los hombres son más vulnerables que las mujeres.
- e) Carecen de desajustes emocionales.
2. Al comparar las alteraciones psicológicas de la población general con las de las mujeres infértiles se constata que éstas:
- a) Poseen más alteraciones.
- b) Poseen menos alteraciones.
- c) Si no tienen alteraciones, las tendrán seguro.
- d) Poseen el mismo porcentaje de alteraciones.
- e) Poseen distinto tipo de alteraciones.
3. Los estudios pre-postratamiento médico y psicológico analizados muestran que los niveles de ansiedad y depresión son:
- a) Inferiores en la fase pre, en las embarazadas.
- b) Iguales en la fase pre-pos, en las embarazadas.
- c) Iguales en la fase pre-pos, en las no embarazadas.
- d) Superiores en la fase pos, en las embarazadas.
- e) Superiores en la fase pre, en las embarazadas.
4. El hecho de que las mujeres que consiguen el embarazo con TRA muestren más estrés en la fase *pre-tratamiento* médico y psicológico, puede explicarse porque: (*marcar la respuesta falsa*)
- a) Se demuestra un perjuicio claro de la ayuda psicológica.
- b) Existe un efecto de sinergia entre los dos tratamientos, médico y psicológico.
- c) Quizá ponen en marcha mecanismos de represión o negación de emociones.
- d) Puede ser beneficioso un mínimo u óptimo nivel de estrés inicial.
- e) Al manifestar su estrés inicial se benefician más de ambas intervenciones.
5. Después de mucho tiempo de mantener relaciones sexuales sin conseguir el embarazo, las parejas presentan:
- a) Un mantenimiento de la actividad sexual.
- b) Una disminución del deseo sexual.
- c) Un aumento del interés por el sexo.
- d) Un mayor grado de excitación sexual.
- e) Un aumento del deseo sexual.
-

3

Evaluación psicológica

Este capítulo se centra en exponer el proceso, técnicas e instrumentos de evaluación psicológica para aplicar a pacientes durante el estudio y tratamiento de la infertilidad con TRA.

El estrés que pueden presentar las personas antes de los tratamientos de TRA puede significar una respuesta adaptativa para prepararse ante los mismos. Sin embargo, recuérdese que durante los tratamientos de TRA se suceden distintos tipos de emociones positivas y negativas y de distinta intensidad y duración, por lo que el ajuste emocional de las personas infértiles puede verse alterado y convertirse en el pródromo de trastornos psicológicos clínicos.

Como ya se ha comentado, la infertilidad no es una psicopatología y por tanto será conveniente realizar una evaluación inicial de “screening” o “cribado” que permita identificar de una manera rápida y fácil a las personas que sí la presenten o que posean riesgo de desarrollarla. En aquellos casos que se detecten vulnerabilidad o posible psicopatología, se aplicarán pruebas más específicas que permitan establecer el diagnóstico clínico de la persona evaluada.

3.1. Áreas que se deben evaluar

Existen dos grandes áreas que se deben evaluar en infertilidad, por un lado será necesario conocer la *vivencia personal ante la infertilidad*, la interpretación que la persona realiza de su situación y el *grado de ajuste emocional* ante la misma. Por otro lado y dado que la infertilidad significa un proceso estresante en el que las variables personales pueden modificar la vivencia subjetiva de la persona y de sus respuestas frente a los distintos momentos del proceso, será necesario evaluar los *recursos adaptativos* y las *estrategias de afrontamiento*. Estos aspectos serían los que se evaluarían en la primera fase del proceso de evaluación psicológica y que permitiría detectar los sujetos con riesgo de desarrollar psicopatología o conocer personas con posible psicopatología, cuyos casos deberán confirmarse a través de la aplicación de pruebas clínicas específicas.

3.2. Dónde y cuándo evaluar

Como se ha dicho al principio del libro, lo que aquí se expone está pensado para que pueda aplicarse durante el diagnóstico y tratamiento de infertilidad en Unidades de Reproducción Humana Asistida, por ello es necesario comentar dónde y cuándo sería mejor realizar la evaluación psicológica.

En primer lugar sería necesario conocer los protocolos establecidos en la Unidad de Reproducción en los que, desde nuestro punto de vista, la evaluación e intervención psicológicas deberían adaptarse y coordinarse con las médicas. Lo ideal sería situar el despacho del psicólogo en la misma Unidad y realizar las tareas de evaluación los mismos días en que se cita a las parejas para ser evaluadas por el equipo médico. De esta forma, la evaluación psicológica se entendería como parte de la evaluación global de la pareja y permitiría conocer el estado físico y psíquico de las personas que acuden a las Unidades de Reproducción. Esta evaluación inicial permitirá detectar a las personas más vulnerables a desarrollar trastornos psicológicos o las personas que puedan presentar algún trastorno psicopatológico previo al inicio de los tratamientos de TRA, estableciendo de esta forma una labor *preventiva* e *interventiva* en los casos que fuera necesario.

Tanto si el psicólogo trabaja en la misma Unidad de Reproducción como si pertenece a la Unidad de Psicología del centro, será necesario conocer el funcionamiento habitual del servicio de Reproducción con el fin de realizar una labor de coordinación profesional, así como hacer sentir a las personas afectadas por la infertilidad que se les está prestando una atención integral.

3.3. Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de evaluación son herramientas que se utilizan para establecer el diagnóstico psicológico de las personas. Su selección no es arbitraria sino que se aplican en función de un “método” conocido como “proceso de evaluación” (Moreno-Rosset, Jenaro y Antequera, 2009). La selección de las pruebas va de mayor a menor complejidad en función del método hipotético-deductivo. En la primera fase de evaluación se utilizan pruebas de amplio espectro cuyos resultados permiten establecer hipótesis que se comprueban posteriormente con la aplicación de tests más específicos que permitirán confirmar o rechazar dichas hipótesis.

Como se ha apuntado, la evaluación psicológica en las Unidades de Reproducción permitirá conocer el estado psicológico inicial de las personas y detectar a aquellas que puedan padecer algún trastorno o que posean riesgo de padecerlo. En consecuencia, la selección de los instrumentos que se van a aplicar es de enorme importancia con el fin de realizar una evaluación fiable, válida y con la utilización del menor tiempo posible, rentabilizando tanto la labor profesional como los tiempos de que disponen los pacientes.

En consecuencia en la evaluación psicológica se deberá aplicar la técnica de la entrevista y cuestionarios de cribado creados específicamente para ser utilizados en población infértil española. Presentamos a continuación los esquemas de entrevistas que forman parte de los Materiales de Aplicación Múltiple en Infertilidad (MAMI; Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro, Ávila, De Castro y Gómez, 2007).

3.3.1. Entrevista

La entrevista es la principal técnica de recogida de datos que se utiliza desde el inicio hasta el final del proceso de evaluación psicológica. Son varios los tipos de entrevista que pueden utilizarse y se clasifican según su grado de estructuración, su finalidad, el momento en el que se aplican, etc. En las Unidades de Reproducción, el trabajo coordinado con otros profesionales requerirá aplicar una entrevista con mayor estructuración para controlar los tiempos con cada paciente. Asimismo, en función del momento en que se entreviste, los contenidos deberán ser distintos (recuérdense los distintos momentos de diagnóstico y tratamiento de TRA descritos en el primer capítulo). Por ello, hemos elaborado distintas pautas de entrevista en función de la fase en que se encuentre la pareja.

A) Entrevista Psicológica de Anamnesis en Infertilidad (EPAI; Moreno-Rosset et al., 2007)

Seguidamente se presentan los contenidos prioritarios de la primera entrevista psicológica. Dado que la infertilidad afecta a la pareja, conviene aplicarla en conjunto obteniendo información de ambos miembros y, en función de los datos recabados, el psicólogo podrá decidir si es conveniente mantener posteriormente una entrevista individual con cada uno de ellos. Al inicio de cualquier entrevista es necesario recabar datos personales de tipo sociodemográfico y sobre el motivo de consulta. Sobre esta última cuestión, y dado que el psicólogo no puede tener acceso legal a los datos de la historia clínica del paciente sin consentimiento expreso del interesado, será conveniente aclararles este supuesto legal con el fin de que entiendan que es probable que se les pregunte sobre algunos aspectos que ya han sido tratados en la consulta ginecológica. En el [cuadro 3.1](#) se presenta el esquema de la EPAI que consta de los datos sociodemográficos y aspectos sobre la situación de infertilidad de la pareja que permitirá situar al psicólogo en el momento presente en el que se encuentran los entrevistados. A continuación se recaba información general sobre las áreas que pueden haberse visto afectadas por la infertilidad, otros posibles acontecimientos vitales, así como el estado psicológico, las variables personales e interpersonales y las estrategias de afrontamiento.

Esta información ha de solicitarse a ambos miembros de la pareja. Proponemos iniciar la entrevista con preguntas menos estructuradas y más abiertas que permitirán, además de obtener información sobre la pareja, establecer una relación empática. Asimismo aparecen preguntas que se aplicarán o no en función de las respuestas obtenidas previamente sobre su situación de infertilidad, por lo que el psicólogo deberá seleccionar las adecuadas al caso que se esté evaluando (véase [cuadro 3.1](#)).

Cuadro 3.1. Entrevista Psicológica de Anamnesis en Infertilidad (EPAI; Moreno et al., 2007)

Datos sociodemográficos

- Profesión
- Trabajo
- Formación
- Composición familiar de cada uno:
 - Convivencia familiar
 - Amigos en que suelen apoyarse cada uno y/o ambos

Situación de infertilidad

- Duración de la infertilidad
- Si se trata de infertilidad primaria o secundaria
- Otras enfermedades no relacionadas con la infertilidad
- Si en otra Unidad les han realizado tratamientos anteriores

Vivencias previas sobre la situación de infertilidad

- Tiempo transcurrido desde que solicitaron la visita a la Unidad
- En el caso de que ya posean un diagnóstico de infertilidad: cuál es y qué reacción tuvieron al saberlo
- En el caso de que hayan tenido tratamientos de TRA previos: cuáles han sido y cómo ha ido la experiencia

Áreas que puede haber afectado la infertilidad

Otros acontecimientos vitales que puedan haber ocurrido, agradables o desagradables

Estrategias de afrontamiento que suelen utilizar

Estado psicológico previo a la situación de infertilidad

Estado psicológico actual y si han consultado a algún psicólogo

Aspectos interpersonales de apoyo sociofamiliar

Aspectos personales

- Si son optimistas o pesimistas frente a conseguir su objetivo
- Si se han planteado otras alternativas

- Si se han planteado algún límite de tiempo, de edad o de número de tratamientos
 - Qué han pensado hacer si el tratamiento de TRA no tiene éxito
 - Cuál es la valoración y adaptación a la infertilidad de cada uno
-

B) Entrevista Después del Diagnóstico de Infertilidad (EDDI; Moreno-Rosset et al., 2007)

En el primer capítulo se han expuesto las pruebas médicas necesarias para establecer el diagnóstico de infertilidad. Asimismo se ha comentado el impacto psicológico que tiene conocer que existe una verdadera dificultad para procrear por medios naturales. Éste es un momento de toma de decisiones que requiere energía y equilibrio personal y de pareja para asumir la solución más adecuada. Se trata de un excelente momento para programar otra entrevista psicológica con el fin de ofrecer a la pareja la posibilidad de expresar sus sentimientos y emociones ante el diagnóstico de infertilidad, orientar en la toma de decisiones y conocer sus necesidades. Los contenidos centrales de dicha entrevista se exponen en el [cuadro 3.2](#).

Cuadro 3.2. Entrevista Después del Diagnóstico de Infertilidad (EDDI; Moreno-Rosset et al., 2007)

-
-
- Qué diagnóstico les han dado
 - Cómo se han sentido ante la información diagnóstica
 - Qué solución les han ofrecido para su problema
 - Si la solución que les ofrecen es acorde con su escala de valores y creencias
 - Si están de acuerdo los dos en la solución propuesta
 - Si ha cambiado algo en sus vidas desde la última vez que les vimos
 - Qué ayuda o apoyo piensan que necesitan en este momento
-

C) Entrevistas durante y después del tratamiento de TRA (ETRA-1 y ETRA-2; Moreno-Rosset et al., 2007)

Una vez que la pareja inicia los tratamientos de TRA conviene hacer un seguimiento de su estado emocional a lo largo de los mismos, así como en el momento de su finalización que, con independencia del resultado obtenido, significará un nuevo momento de toma de decisiones. Los [cuadros 3.3](#) y [3.4](#) resumen los contenidos de dichas entrevistas.

Cuadro 3.3. Entrevista durante el tratamiento de TRA (ETRA-1; Moreno-Rosset et al., 2007)

-
-
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio del primer tratamiento
 - En qué momento del tratamiento están en este preciso instante
 - Cómo se encuentran y qué tal lo lleva cada uno
 - Cómo se han sentido psicológicamente desde que han iniciado el tratamiento de TRA
 - Han acudido alguno o los dos en busca de ayuda externa a otro psicólogo u otro profesional de la salud convencional o natural como homeopatía, acupuntura, etc.
 - En quién se están apoyando en estos momentos
 - Si ha cambiado algo en sus vidas desde la última vez que les vimos
 - Qué ayuda o apoyo piensan que necesitan en este momento
-

Cuadro 3.4. Entrevista durante el tratamiento de TRA (ETRA-2; Moreno-Rosset et al., 2007)

-
-
- Cuál ha sido el resultado del tratamiento de TRA
 - Qué sienten y piensan
 - Que tal llevan el trabajo o las obligaciones diarias
 - Que tal va su comunicación afectivo-sexual
 - En quién se están apoyando en estos momentos
 - Si ha cambiado algo en sus vidas desde la última vez que les vimos
 - Qué han pensado hacer ahora
 - Qué ayuda o apoyo piensan que necesitan en este momento
-

Hasta aquí hemos expuesto unas pautas generales de entrevista para los principales momentos del proceso de estudio y tratamiento de la infertilidad que forman parte de los Materiales de Aplicación Múltiple en Infertilidad (MAMI; Moreno-Rosset *et al.*, 2007). Dado que es imposible recoger todas las casuísticas que pudieran darse, sobre las mismas el psicólogo deberá añadir otras preguntas que permitan profundizar en la evaluación de los aspectos o áreas principalmente afectadas por la infertilidad.

Por ejemplo, en el caso de que en alguna de las entrevistas, la pareja manifieste cambios en su relación afectivo-sexual, el psicólogo deberá profundizar en cuáles son los aspectos conflictivos con el fin de orientar la ayuda o terapia psicológica necesarias. Algunos de los aspectos a evaluar serían: *las habilidades comunicativas, la capacidad de diálogo, de resolución de problemas, de negociación o de búsqueda de alternativas de satisfacción para ambos; el grado de compromiso y satisfacción de cada uno*, etc. En cuanto a las relaciones sexuales: *nivel de satisfacción, atracción percibida hacia uno mismo y expresada hacia el otro, grado de intimidad, comunicación y expresión de*

deseo sexual, capacidad para el disfrute, juegos eróticos, obtención de placer, etc. En el caso de que la pareja repita tratamientos de TRA será conveniente conocer: el estado de ánimo en relación a la repetición del tratamiento, o ante el posible cambio de TRA, si se sienten optimistas o pesimistas ante la repetición de tratamiento o ante un tipo de TRA distinto, con ánimo o desánimo de cara al futuro, qué expectativas tienen, etc.

D) Otras pautas de entrevistas específicas en infertilidad

A continuación anotamos otras pautas de entrevistas creadas específicamente para su aplicación en casos de infertilidad. La primera está organizada en función del proceso de diagnóstico y tratamiento médico con TRA que se ha descrito en el primer capítulo y tiene en cuenta las distintas vivencias que durante el mismo pueden acaecer, como por ejemplo posibles cancelaciones o repeticiones de los tratamientos, así como los posibles resultados que pueden obtenerse de los mismos. La segunda guía de entrevista que se presenta está organizada por bloques temáticos de preguntas en los que se reagrupa otras preguntas o aspectos relevantes relacionados con cada una de las temáticas que evalúa.

- *Entrevista Psicológica en Infertilidad y Reproducción Asistida (EPSIRA; Moreno-Rosset, 2001) (Puede consultarse en Moreno-Rosset, Jenaro y Antequera, 2009).*

Se trata de una entrevista semiestructurada construida en forma de árbol de decisiones en el que según la fase en el que se halle la pareja, el evaluador selecciona y aplica uno u otro módulo de la misma. Consta de los siguientes apartados: 1) fase diagnóstica; 2) fase de tratamiento, que incluye a su vez: *a)* toma de decisiones; *b)* cuando el tratamiento se cancela o no se completa; *c)* cuando el primer tratamiento se completa pero no hay concepción; *d)* siguientes tratamientos hasta el último o actual; *e)* cuando el tratamiento se completa y hay concepción.

- *Comprehensive Psychosocial History for Infertility (CPHI; Burns y Greenfeld) (Puede consultarse en Burns y Covington, 2006)*

La guía de entrevista CPHI fue elaborada por Burns y Greenfeld del Grupo Profesional de Salud Mental de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (Mental Health Professional Group - American Society for Reproductive Medicine). Consta de 4 bloques temáticos de preguntas que a su vez se subdividen como sigue: 1) historial reproductivo: *a)* recaba información sobre los aspectos de infertilidad de la pareja tanto de la actualidad como del pasado; *b)* antecedentes de embarazos; *c)* historial de anomalías genéticas/cromosómicas. 2) estado mental que incluye: *a)* historial psiquiátrico,

b) estado mental actual, c) cambios en el estado mental; 3) historial sexual: a) frecuencia y respuesta, b) función/disfunción, c) influencias culturales o religiosas en las pautas sexuales o en creencias sobre la reproducción, d) historial sexual. 4) estado de las relaciones: a) historial marital, b) familiar y c) social.

3.3.2. Autoinformes específicos para ser aplicados a población infértil

Los autoinformes que presentamos a continuación son procedimientos estandarizados y por tanto poseen instrucciones fijas para su aplicación, corrección e interpretación. En este nuevo campo de la infertilidad ya se dispone de los primeros cuestionarios contruidos específicamente para ser aplicados a población infértil española, por lo que las puntuaciones que se obtienen de los mismos se comparan con los obtenidos en una muestra representativa de dicha población.

- *Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008).*

Origen de la prueba

Las autoras del DERA crearon esta prueba en función de los conocimientos que se tienen de cómo afecta la infertilidad a las personas que la padecen y de cuáles son los principales moduladores psicológicos que pueden modificar los procesos de valoración y afrontamiento sobre la situación infértil. Según Lazarus y Folkman, en la valoración primaria el individuo evalúa si la situación es irrelevante, positiva o estresante. Mediante la valoración secundaria se valora qué es lo que puede hacer un individuo para enfrentarse a la situación, o lo que es lo mismo, si se dispone de algún control sobre la misma. Como sabemos, la infertilidad produce un grado de estrés o amenaza que, sin llegar a provocar inicialmente un trastorno psicopatológico, puede alterar el equilibrio emocional de las personas. Frente al mismo, el sujeto debe poner en marcha unos recursos que le ayuden a disminuir el impacto emocional. Ésta es la doble perspectiva del DERA, un instrumento que cubre los dos procesos de valoración descritos por Lazarus y Folkman y por tanto posee un doble objetivo:

1. Evaluar el posible desajuste emocional que pueden sufrir las personas infértiles o que puede presentarse durante el proceso de tratamiento médico.
2. Evaluar los recursos adaptativos, tanto personales como interpersonales, que ayudan a afrontar la infertilidad.

En consecuencia, el DERA puede detectar personas proclives a desarrollar trastornos psicopatológicos y se distingue de otros instrumentos porque además de centrarse en la evaluación del desajuste emocional, permite realizar una evaluación de aspectos más positivos, al contemplar la evaluación en un mismo test de los recursos que pueden ayudar a conseguir el ajuste a la infertilidad y la acomodación al proceso de tratamiento con TRA. Esta ventaja permite al psicólogo orientar el

programa de apoyo o intervención psicológica necesaria o específica para cada caso. Además, distingue los recursos personales de los interpersonales compuestos por aquellas dimensiones que han demostrado tener una mayor relación con los procesos de salud en los casos de infertilidad.

Descripción de la prueba

Consta de 48 elementos en una escala de 1 a 5 en la que la persona debe valorar el grado en que cada frase es verdadera o falsa para ella: 1 significa “absolutamente falso” y 5 “absolutamente verdadero”. El enunciado de sus ítems ha sido cuidadosamente tratado consiguiendo que cada uno esté redactado en positivo, de forma neutra, eliminando el género gramatical y la interrogación, dirigiéndose directamente a la persona que lo lee, por lo que tiene la ventaja de ser aplicable tanto a mujeres como a hombres agilizando su aplicación al no tener que ofrecer a cada uno un formato distinto. La hoja de respuesta es autocopiativa, facilitando al psicólogo su rápida corrección ya que al marcar la persona sus respuestas en la hoja autocopiativa, éstas quedan directamente trasladadas a la hoja de corrección y agrupadas en función de los cuatro factores de segundo orden de que consta el DERA: 1. Desajuste emocional, 2. Recursos personales, 3. Recursos interpersonales y 4. Recursos adaptativos (compuestos por los recursos personales e interpersonales). Estos cuatro factores agrupan a su vez a factores de primer orden como sigue:

1. F1. Desajuste emocional compuesto por “percepción de ansiedad”, “exteriorización de la ansiedad”, “depresión” y “pesimismo”.
2. F2. Recursos personales compuesto por “optimismo”, “percepción de control”, “tesón”, “apertura a la experiencia” y “energía”.
3. F3. Recursos interpersonales compuesto por “apoyo de amigos”, “apoyo de la familia”, “sexualidad de la pareja” y “afabilidad”.
4. F4. Recursos adaptativos (agrupa los recursos personales e interpersonales)

El número de ítems relativo a los cuatro factores del DERA se encuentra muy equilibrado, utilizando para la evaluación del desajuste emocional un total de 26 elementos y para los recursos adaptativos un total de 22 (11 para los recursos personales y 11 para los interpersonales).

Las puntuaciones obtenidas de cada uno de los cuatro factores se trasladan a la Hoja de Perfil conjunto de la pareja (hombre y mujer) que contiene la Hoja de respuestas en su parte interior, ofreciendo una perspectiva visual del grado de desajuste emocional y de los recursos adaptativos que posee cada uno de los miembros de la pareja ya que dispone de baremos por separado para mujeres y hombres. Este sistema facilita la interpretación rápida de los datos individuales de cada uno y de la pareja y permite detectar parejas de riesgo psicopatológico y la selección y aplicación de otros instrumentos más específicos para contrastar las hipótesis que el psicólogo realice en esta primera fase de evaluación psicológica.

Características psicométricas

Posee una consistencia interna con un alfa de Cronbach para la escala globalmente considerada de 0,85 y con valores de fiabilidad en torno a 0,60 o superiores para las diferentes dimensiones. Asimismo se ha constatado su validez de contenido a través de los juicios de evaluadores expertos y su validez de constructo apoyado en el análisis factorial. Posee una adecuada validez convergente entre los factores de ajuste emocional y recursos adaptativos y estrategias de afrontamiento medidas a través del “Cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes” (Rodríguez-Marín, Perol, López-Roig y Pastor, 1992). Para mayor información puede consultarse Jenaro,

Moreno-Rosset, Antequera y Flores, 2008; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro (2009) y Moreno-Rosset, Jenaro y Antequera (2009).

– *Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI; Llavona y Mora, 2006)*

Origen de la prueba

El IPPI es otro instrumento creado específicamente para su aplicación a población española infértil y valora los problemas psicológicos percibidos por las personas en situación de infertilidad, entendiendo como problemas psicológicos aquellas dificultades que un sujeto manifiesta por verse afectado en una situación de infertilidad y que vendrían marcados por la presencia de alteración emocional, autopercepción distorsionada con relación a su integridad física, de miedos sobre la salud, así como por un mal funcionamiento en la vida cotidiana, en la relación de pareja y en las relaciones con los otros significativos (Mora, 2005).

Descripción de la prueba

Se compone de 14 ítems valorados de 0 a 10 puntos que van de “total desacuerdo” (0) a “total acuerdo” (10), debiendo rodear con un círculo la respuesta que más se acerque a la realidad de las personas evaluadas. Existe un único formato aplicable tanto a hombres como a mujeres y dispone de baremos por separado para ambos grupos. Las trece primeras preguntas evalúan el efecto que la situación de infertilidad tiene sobre las distintas áreas de su vida: preocupación general por la infertilidad (ítem 1) y por la salud (ítem 10), interferencia en el trabajo (ítem 2), en la pareja (ítem 4), en la sexualidad (ítem 8), en la familia (ítem 5), en la relación social (ítem 7), en el ocio (ítem 9), percepción de descontrol (ítem 3) o de no estar completo (ítem 6) y estados de ánimo deprimido (ítem 12), ansioso (ítem 11) e irritado (ítem 13). El ítem 14 hace referencia al grado de satisfacción general que los sujetos sienten con su vida actual, siendo 0 la satisfacción mínima y 10 la máxima.

El análisis factorial de las dimensiones de las que se compone el IPPI muestra que miden un único constructo: “Problemas psicológicos derivados de la situación de infertilidad”, por lo que el IPPI presenta una estructura unidimensional y, en consecuencia, la puntuación total que se obtiene informa del grado de preocupación que los hombres y mujeres presentan por su situación de infertilidad, sin determinar el peso que las distintas dimensiones inventariadas poseen sobre dicha preocupación. Como señalan sus autores, su ventaja se centra en servir de guía para prescribir una intervención psicológica orientada al restablecimiento de las áreas más afectadas, así como apuntan su utilidad en el estudio de la eficacia de las intervenciones en reproducción asistida mediante la comparación de los resultados obtenidos en el IPPI con los resultados de dichas intervenciones.

Características psicométricas

La consistencia interna obtenida a través del alfa de Cronbach es de 0,88. Posee una elevada estabilidad en el tiempo ($r = 0,97$). En cuanto a la validez factorial, se encontró una estructura unifactorial. Posee una moderada validez convergente entre los problemas psicológicos derivados de la situación de infertilidad y el ajuste a la infertilidad medida con la Escala de Ajuste a la Fertilidad (Fertility Adjust Scale; FAS; Glover, Hunter, Richards, Katz y Abel, 1999). Para mayor información puede consultarse Mora (2005), Llavona y Mora (2005) y Llavona y Mora (2006).

3.3.3. Otros autoinformes útiles para ser aplicados a población infértil

Dependiendo de los resultados obtenidos en la primera fase de evaluación psicológica se deberán escoger aquellos tests más específicos que permitan corroborar o rechazar hipótesis sobre el caso. Seguidamente anotamos algunos instrumentos que pueden completar la evaluación psicológica referida a las áreas más habitualmente afectadas en parejas infértiles: aspectos afectivo-emocionales, de relación de pareja y síntomas psicopatológicos. Su selección ha sido realizada en función de haber sido aplicados en estudios sobre infertilidad, y por supuesto, que sean accesibles por estar comercialmente publicados o localizables en libros o publicaciones españolas. Además, pueden consultarse otros instrumentos útiles en Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo y De Vicente (2002), Moreno-Rosset, Jenaro y Antequera (2009) o en los catálogos de las principales editoriales de tests y materiales psicológicos.

A) Evaluación afectivo-emocional

- *Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; (Watson, Clark y Tellegen, 1988) (Adaptación española de Sandín et al., 1999).*

Consta de 20 ítems a los que el individuo responde cómo se siente habitualmente, en una escala tipo Likert que oscila entre 1 “nada” y 5 “muchísimo”. Mide afecto, dos dimensiones independientes y no correlacionadas. El afecto positivo refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y participación gratificante. El afecto negativo representa una dimensión general de distrés subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo.

- *Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Bagby, Parker y Taylor, 1994) (Adaptación española de Martínez-Sánchez, 1996).*

El TAS-20 es un autoinforme de 20 ítems que mide el grado de alexitimia en función de una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos (1-5) que refleja desde el total acuerdo al total desacuerdo en cada uno de los ítems. Consta de tres factores: F I: Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional; F II: Dificultad para describir sentimientos; F III: Patrón de pensamiento orientado a lo externo.

- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y*

Lushene, 2002).

El STAI está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: Ansiedad Estado (A-E) y Ansiedad Rasgo (A-R). Consta de un total de 40 ítems, 20 para la escala de A-E y 20 para la de A-R. Los elementos describen cómo se siente el sujeto en un momento dado (A-E) y como se siente generalmente (A-R). Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del cuestionario en una escala de cuatro puntos (0 Nada, 1 Algo, 2 Bastante, 3 Mucho).

- *Inventario de depresión estado/rasgo (IDER; Spielberger, 2008) (Adaptación española Buela-Casal, Agudelo y Spielberger, 2008).*

El IDER es un cuestionario para la evaluación del componente afectivo de la depresión: estado y rasgo. Se trata de un autoinforme muy breve (20 elementos) destinado a evaluar por una parte el grado de afectación (estado) y por otra la frecuencia de ocurrencia (rasgo) que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión. Además, los elementos de la prueba están contruidos para apreciar tanto la presencia de depresión (distimia) como la ausencia de ésta (eutimia). Se trata por tanto de una herramienta breve y de fácil aplicación que supera muchas de las limitaciones de instrumentos anteriores y que es muy útil para ayudar al diagnóstico de la depresión.

B) Evaluación de la relación de la pareja

La infertilidad, aunque provenga sólo de una parte de la pareja, es de la pareja y afecta a la misma, por tanto, la relación de pareja será una parte fundamental para evaluar en estos casos. A continuación presentamos algunos cuestionarios que asimismo pueden ser de utilidad y que son fácilmente accesibles porque o bien han sido publicados comercialmente en España y por tanto poseen baremos españoles o pueden consultarse en libros o artículos publicados en España. En este sentido aconsejamos consultar la obra de Costa y Serrat (2007), entre otras.

- *Cuestionario de Aserción en la pareja (ASPA; Carrasco, 2005).*

El ASPA evalúa las estrategias para afrontar conflictos en la convivencia marital a través de cuatro tipos de estrategias de comunicación que cada miembro de una pareja puede poner en marcha para afrontar situaciones problemáticas corrientes en la convivencia. Comprende dos partes, en la primera (forma A) el sujeto se evalúa a sí mismo y en la segunda (forma B) evalúa el comportamiento de su pareja.

- *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA; Barraca y López-Yarto, 2003).*

El ESFA es una medida objetiva de la percepción global que el sujeto tiene sobre su situación familiar. Se trata de un instrumento breve y sencillo, diseñado para dar una medida global de las dinámicas y constructos relacionados con la familia. Construido con adjetivos, trata de evocar respuestas preferentemente afectivas, para medir los sentimientos, positivos o negativos, que se despiertan en el sujeto y que tienen su origen en las interacciones (verbales o físicas) que se producen entre él y los demás miembros de su familia.

- *Escala de Bienestar Psicológico (EBP; Sánchez-Cánovas, 2007).*

La Escala de Bienestar Psicológico evalúa el grado en que el sujeto percibe su propia satisfacción y está dividida en cuatro subescalas: Bienestar Subjetivo, Bienestar Material, Bienestar Laboral y Bienestar en su Relación de Pareja. Aquí se propone la utilización de la cuarta subescala que se refiere a la evaluación del Bienestar de la relación de pareja.

- *Escala de Ajuste Diádico (DAS; Spanier, 1976) (La versión en español puede encontrarse en Bornstein y Bornstein, 1988).*

El DAS evalúa 4 componentes de ajuste marital: expresividad afectiva, cohesión, consenso y satisfacción en la pareja. Consta de 32 ítems de los cuales 15 hacen referencia al grado de acuerdo/desacuerdo respecto a distintas áreas de la convivencia. 7 hacen referencia sobre la posibilidad de ruptura, divorcio, desavenencias, etc. En los restantes se recoge información sobre comunicación, intimidad, expresiones de afecto, satisfacción global y expectativas respecto al futuro de la relación.

C) Evaluación de dimensiones sintomáticas psicopatológicas

- *Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R; Derogatis, 2002).*

El SCL 90-R es un cuestionario autoaplicable diseñado para explorar un amplio rango de problemas psicológicos y síntomas psicopatológicos. Dispone de tres niveles diferentes de información: tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y un nivel de síntomas discretos. Permite evaluar los síntomas y la intensidad en un paciente en un determinado momento, pudiendo ser muy útil para evaluar a un sujeto a lo largo de las diferentes fases del tratamiento. Su breve tiempo de aplicación, los amplios resultados que suministra, el apoyo de un extenso conjunto de investigaciones, el ejemplar auto-correctible de que dispone, y los datos

normativos españoles para población clínica y población general que se ofrecen, hacen del SCL-90-R un instrumento práctico y efectivo en la evaluación sintomática general y que ha sido utilizado en muchos de los estudios sobre infertilidad.

3.3.4. Autorregistros

Los autorregistros son de utilidad en evaluación psicológica ya que permiten recoger información periódica de determinados aspectos que convenga conocer del funcionamiento habitual de la persona evaluada. Por supuesto, pueden elaborarse ex profeso con el repertorio de conductas, emociones, pensamientos u otros aspectos que quieran evaluarse y que permitirán realizar un seguimiento de su evolución temporal.

En el caso de la infertilidad los registros serán especialmente útiles para orientar la ayuda o intervención psicológicas necesarias. A continuación se describe el *Dayly Record Keeping Sheet*, autorregistro diario propuesto por Burns y Covington (2006) para aplicar durante el tratamiento médico con TRA. Asimismo aportamos tres modelos de autorregistro que pueden ser útiles para recoger información psicológica durante el proceso de estudio de la fertilidad y durante el tratamiento médico con TRA y que se incluyen entre los Materiales de Aplicación Múltiple en Infertilidad (MAMI; Moreno-Rosset *et al.*, 2007).

– *Dayly Record Keeping Sheet (Burns y Covington, 2006)*

El *Dayly Record Keeping Sheet* permite un registro diario de los posibles síntomas emocionales y físicos que la mujer puede experimentar a lo largo del tratamiento de FIV, así como recoge las principales técnicas o métodos que ha utilizado para manejar los posibles síntomas emocionales o físicos.

Está pensado para ser cumplimentado por la mujer durante el tratamiento de infertilidad. Consta de distintas partes. La primera recoge, a través de distintos códigos, la información del tratamiento diario que recibe la mujer, inclusive el fármaco concreto que se está administrando e incluye, asimismo, el registro del progreso del tratamiento que ofrezca el personal médico. La segunda y tercera partes son dos listados de emociones y síntomas físicos en los que se debe marcar el grado de intensidad de los que hayan estado presentes, valorándolos en 0 (si el síntoma no ha estado presente), 1 (poco), 2 (moderado) y 3 (severo). En la cuarta parte del *Dayly Record Keeping Sheet* aparece una lista de diferentes técnicas para el manejo de los síntomas psíquicos y físicos que pueden aparecer durante el tratamiento de FIV y se ha de anotar en qué grado se ha utilizado cada método: en blanco (si no se ha utilizado la técnica), 1 (un poco), 2 (algo), 3 (mucho). Este autorregistro se cumplimenta diariamente y desde el primer día de inicio de tratamiento hasta que se conocen los resultados

del mismo, es decir si ha habido embarazo o no. Las ventajas del mismo es que Burns y Covington han diseñado en una sola hoja la recogida de información de diversas variables y, además, sirve semanalmente porque consta de siete columnas, una para cada día de la semana.

– *Autorregistro durante el Proceso de Estudio de la Fertilidad (APEF; Moreno-Rosset et al., 2007)*

Este autorregistro ha sido pensado para registrar las *emociones, pensamientos, síntomas físicos y la forma habitual de afrontar* cada una de las distintas pruebas diagnósticas que se realizan durante el estudio de la fertilidad, así como en el momento de la entrega del diagnóstico. En un único formato se han agrupado las pruebas diagnósticas más habituales que se aplican tanto a mujeres como a hombres por lo que puede aplicarse a ambos con independencia de que la prueba se le haya aplicado a uno o a otro. Será útil en aquellos casos en que se atienda a la pareja antes del inicio de las pruebas para establecer la causa de la infertilidad.

En las instrucciones para la cumplimentación correcta del autorregistro conviene explicar la importancia de rellenarlos los mismos días que se les realice cada prueba con el fin de saber *en ese preciso momento cómo se han sentido tanto emocional como físicamente y cómo lo han afrontado*. Además, es importante decirles que deben anotar las emociones, pensamientos, etc. que hayan experimentado en cada una de las pruebas diagnósticas, con independencia de que la prueba se la hayan realizado a uno o a otro, es decir a la mujer o al hombre. Es una forma fácil y sencilla de recoger información de lo experimentado en cada instante, puesto que cuando se anota posteriormente, suele variar el recuerdo de lo vivido.

Instrucciones para el Autorregistro durante el Proceso de Estudio de la Fertilidad (APEF; Moreno-Rosset et al., 2007)

El estudio de la fertilidad consta de distintas fases. En cada una de ellas se realizan distintas pruebas. Durante el proceso es posible experimentar distintas emociones o sentimientos y pensamientos. En ocasiones pueden aparecer síntomas o molestias físicas. Conocer estos aspectos, la forma habitual que usted tiene para afrontarlos o resolverlos, así como cualquier otro comentario que desee realizar, será de enorme utilidad para prestarle la ayuda necesaria en cada momento preciso. Cumplimente el Autorregistro el mismo día en que le realicen a usted o a su pareja cada prueba diagnóstica.

Vea el siguiente ejemplo que aparece a continuación y cómo ha contestado ella:

<i>Prueba</i>	<i>Aplicada a la mujer</i>	<i>Aplicada al varón (*)</i>	<i>Emociones/ sentimientos aparecidos</i>	<i>Pensamientos que han acudido a su mente</i>	<i>Síntomas o incomodidades físicas</i>	<i>Forma de resolverlos</i>	<i>Comentarios</i>
Análisis de sangre	Sí	2	Tranquilidad	A ver qué sale en el análisis	Un poco de mareo	Respirando	Sensación de estar iniciando el camino para conseguir el hijo
Análisis de semen	Sí	5	Inquietud	Mira que si el problema es de él, no sé cómo se lo va a tomar...	Ninguna	Hablar sobre mi temor cuando surja la ocasión	No imaginaba que pro- dujesen tanta inquietud las pruebas

Vea el siguiente ejemplo que aparece a continuación y cómo ha contestado él:

Prueba	Aplicada a la mujer	Aplicada al varón (*)	Emociones/ sentimientos aparecidos	Pensamientos que han acudido a su mente	Síntomas físicas	Forma de resolverlos	Comentarios
Análisis de sangre	Sí	4	Nerviosismo y preocupación	Espero que esté todo bien	Dolor del pinchazo	No mirar me pinchan y pensar en otra cosa	Tengo la sensación de estar muy unido a mi pareja
Ecografía	Sí	1	Optimismo y seguridad	Mi pensamiento es positivo	Ninguna	Estar muy atento a mi pareja	Me ponen más nervioso sus pruebas que las mías

Autorregistro durante el Proceso de Estudio de la Fertilidad (APEF; Moreno-Rosset et al., 2007)

Nombre y Apellidos:

Fecha:

Prueba	Aplicada a la mujer	Aplicada al hombre (*)	Emociones/ sentimientos aparecidos	Pensamientos que han acudido a su mente	Síntomas o incomodidades físicas	Forma de resolverlos	Comentarios
Análisis de sangre							
Análisis de semen							
Ecografías							
Histerosalpingografía							
Laparoscopia							
Otra:							
Otra:							
Información diagnóstica							

(*) Evalúe de 0 a 6 el grado de tensión o nerviosismo que sentía frente a cada tipo de prueba y frente a la información diagnóstica 0: Ninguna tensión; 3: tensión media; 6: tensión máxima

- *Autorregistro durante el tratamiento de Inseminación Artificial (AIA; Moreno-Rosset et al., 2007)*

Este autorregistro ha sido pensado para ser entregado tanto a mujeres como a hombres y registrar la presencia de *emociones, pensamientos, síntomas físicos y la forma habitual de afrontar el tratamiento de inseminación artificial*. Servirá en aquellos casos en que se atienda a la pareja antes del inicio de dicho tratamiento médico. La estructura que presenta permite comentar con la pareja antes de empezar el tratamiento de IA las tres principales fases del mismo (véase capítulo primero) y los aspectos específicos con los que van a encontrarse. Es conveniente informar de que si bien lo esperable es que los tratamientos lleguen al final, en ocasiones pueden suceder cancelaciones, así como que los resultados finales pueden ser de embarazo o no. En cuanto a las instrucciones para su cumplimentación se les indicará que anoten cada uno por separado en un registro diferente *sus emociones, pensamientos, síntomas físicos y forma habitual de afrontar* las distintas fases del tratamiento de IA: 1) tratamiento farmacológico, 2) aplicación de la TRA (inducción de la ovulación, obtención y preparación de la muestra de semen, inseminación), 3) espera de resultados y 4) resultados finales.

Dado que cada una de las fases conlleva un número distinto de días, se indicará a la pareja que anoten sus vivencias cuando finalice cada una de las fases o momentos descritos en el autorregistro con el fin de conocer la experiencia que han tenido cada uno durante los momentos de que consta el tratamiento. Al igual que en el registro APEF, es importante que cada uno rellene todos los aspectos que recoge el autorregistro con independencia de que afecte a uno o a otro la prescripción o procedimiento médico aplicados y adaptándolos en los casos que se precise donante de semen.

Instrucciones para el Autorregistro durante el tratamiento de Inseminación Artificial (AIA; Moreno-Rosset et al., 2007)

Los tratamientos de reproducción asistida constan de distintas fases. En cada una de ellas es posible experimentar distintas emociones o sentimientos, así como pensamientos. En ocasiones pueden aparecer síntomas o molestias físicas. Conocer estos aspectos, así como la forma habitual que usted tiene para afrontarlos o resolverlos o cualquier información adicional o comentario que desee realizar, será de enorme utilidad para prestarle la ayuda necesaria en cada momento preciso. Cumplimente el autorregistro cuando finalice cada una de las fases o momentos del tratamiento con independencia de que afecte a uno o a otro la prescripción o procedimiento médico aplicado.

Vea el siguiente ejemplo que aparece a continuación y cómo ha contestado ella:

<i>Fases</i>	<i>Proceso de tratamiento de Inseminación A</i>	<i>0-6 (*)</i>	<i>Emociones/ sentimientos que pueden aparecer</i>	<i>Pensamientos más habituales</i>	<i>Posibles síntomas o incomodidades físicas</i>	<i>Forma habitual de resolverlos</i>	<i>Comentarios</i>
Estimulación ovárica	Aplicación de fármacos y controles hormonales y ecográficos	5	Inquietud Susceptible/sensible	Todo funcionará bien	Los moratones de los pinchazos	Aprender a pinchar mejor, cambiar el lugar de pinchar.	Es pesado, pero si sigo el embarazo habrá valido la pena. importancia

Vea el siguiente ejemplo que aparece a continuación y cómo ha contestado él:

Fases	Proceso de tratamiento de Inseminación A	0-6 (*)	Emociones/ sentimientos que pueden aparecer	Pensamientos más habituales	Posibles síntomas o incomodidades físicas	Forma habitual de resolverlos	Comentarios
Estimulación ovárica	Aplicación de fármacos y controles hormonales y ecográficos	I	Satisfecho Animado	¡Estamos en ello! Lo conseguiremos, y si no, lo haremos intentado.	Ninguno, solo cuando le pinchamos los pinchazos	Pincharle yo.	Compartir el tratamiento me sienta y nos sienta bien a los dos

Autorregistro durante el tratamiento de Inseminación Artificial (AIA; Moreno-Rosset et al., 2007)

Nombre y apellidos: _____ Fecha inicio tratamiento: _____ Fecha final tratamiento: _____

Fases	Proceso de tratamiento de Inseminación A	0-6 (*)	Emociones/ sentimientos que pueden aparecer	Pensamientos más habituales	Posibles síntomas o incomodidades físicas	Forma habitual de resolverlos	Comentarios
Estimulación ovárica	Aplicación de fármacos y controles hormonales y ecográficos						
Aplicación de la TRA	Mujer: inducción de la ovulación Hombre: obtención muestra de semen y preparación en el Laboratorio Mujer: inseminación						
Espera de resultados	Espera de resultados del tratamiento						
Resultados	Prueba de embarazo						

(*) Evalúe de 0 a 6 el grado de tensión o nerviosismo que sentía en cada fase del tratamiento 0: Ninguna tensión; 3: tensión media; 6: tensión máxima

- *Autorregistro durante el tratamiento de Fecundación in Vitro (AFIV; Moreno-Rosset et al., 2009)*

Este autorregistro está organizado de la misma forma que el de tratamiento de inseminación pero incluye los aspectos específicos de los tratamientos de FIV: 1) tratamiento farmacológico, 2) aplicación de la TRA (inducción de la ovulación, obtención y preparación de la muestra de semen, información del número de embriones conseguidos en el laboratorio, 3) transferencia embrionaria, 4) espera de resultados y 5) resultados finales.

Por tanto, en función del tratamiento que vaya a iniciar la pareja, se entregará un u otro autorregistro ofreciendo las indicaciones e instrucciones correspondientes y adaptándolos en los casos en los que se utilicen donantes de gametos o embriones.

Instrucciones para el Autorregistro durante el tratamiento de Fecundación in Vitro (AFIV; Moreno-Rosset et al., 2007)

Los tratamientos de reproducción asistida constan de distintas fases. En cada una de ellas es posible experimentar distintas emociones o sentimientos, así como pensamientos. En ocasiones pueden aparecer síntomas o molestias físicas. Conocer estos aspectos, así como la forma habitual que usted tiene de afrontarlos o resolverlos y cualquier información adicional o comentario que desee realizar, será de enorme utilidad para prestarle la ayuda necesaria en cada momento preciso. Cumplimente el autorregistro cuando finalice cada una de las fases o momentos del tratamiento con independencia de que afecte a uno o a otro la prescripción o procedimiento médicos aplicados.

Vea el siguiente ejemplo que aparece a continuación y cómo ha contestado ella:

<i>Fases</i>	<i>Proceso de tratamiento de Inseminación A</i>	<i>0-6 (*)</i>	<i>Emociones/ sentimientos que pueden aparecer</i>	<i>Pensamientos más habituales</i>	<i>Posibles síntomas o incomodidades físicas</i>	<i>Forma habitual de resolverlos</i>	<i>Comentarios</i>
Estimulación ovárica	Aplicación de fármacos y controles hormonales y ecográficos	5	Inquietud Susceptible/sensible	Todo funcionará bien	Los moratones de los pinchazos	Aprender a pinchar mejor, cambiar el lugar de pinchar. No darle importancia	Es pesado, pero si sigo el embarazo habrá valido la pena

Vea el siguiente ejemplo que aparece a continuación y cómo ha contestado él:

<i>Fases</i>	<i>Proceso de tratamiento de Inseminación A</i>	<i>0-6 (*)</i>	<i>Emociones/ sentimientos que pueden aparecer</i>	<i>Pensamientos más habituales</i>	<i>Posibles síntomas o incomodidades físicas</i>	<i>Forma habitual de resolverlos</i>	<i>Comentarios</i>
Estimulación ovárica	Aplicación de fármacos y controles hormonales y ecográficos	I	Satisfecho Animado	¡¡Estamos en ello!! Lo conseguiremos y si no, lo haremos intentado	Ninguno, sólo los que a ella le producen los pinchazos	Pincharle yo	Compartir el tratamiento me sienta y nos sienta bien a los dos

Autorregistro durante el tratamiento de Fecundación in Vitro (AFIV; Moreno-Rosset et al., 2007)

Nombre y Apellidos: _____ Fecha inicio tratamiento: _____ Fecha final tratamiento: _____

Fases	Proceso de tratamiento de FIV	0-6 (*)	Emociones/ sentimientos que pueden aparecer	Pensamientos más habituales	Posibles síntomas o incomodidades físicas	Forma habitual de resolverlos	Comentarios
-------	-------------------------------	---------	---	-----------------------------	---	-------------------------------	-------------

Estimulación ovárica
 Aplicación de fármacos y controles hormonales y ecográficos

Aplicación de la TRA
 Mujer: inducción de ovulación

Hombre: obtención muestra de semen y preparación en el Laboratorio

Información del número de embriones conseguidos

Mujer: transferencia embrionaria

Espera de resultados del tratamiento

Resultados Prueba de embarazo

(*) Evalúe de 0 a 6 el grado de tensión o nerviosismo que sentía en cada fase del tratamiento 0: Ninguna tensión; 3: tensión media; 6: tensión máxima

Cuadro resumen

En este capítulo se presentan técnicas e instrumentos de evaluación que permitirán evaluar los principales aspectos implicados en la problemática de la infertilidad y sus principales consecuencias psicossomáticas y psicossociales.

En cuanto a la técnica de la entrevista, se detallan esquemas para la realización de entrevistas en distintos momentos del proceso de estudio y tratamiento de la infertilidad. Así encontramos guías para la entrevista inicial (EPAI), para su aplicación después de conocer el diagnóstico de infertilidad (EDDI) o para su aplicación cuando la pareja está en tratamiento con TRA (ETRA-1) o lo ha finalizado (ETRA-2). Asimismo se aportan otras pautas de entrevistas específicas en infertilidad.

Los autoinformes son herramientas útiles para recabar información sobre diversas dimensiones que precisen ser evaluadas. En este nuevo campo para la Psicología ya se dispone de cuestionarios estandarizados y específicos creados en España que se describen con sumo detalle. Asimismo se han seleccionado otros cuestionarios que pueden ser de utilidad para evaluar aspectos importantes como los afectivo-emocionales, de relación de pareja o de síntomas psicopatológicos.

Finalmente se ofrece un repertorio de autorregistros para su aplicación en los distintos momentos en los que pueda encontrarse la pareja que se va a evaluar: proceso de estudio de la fertilidad (APEF) o de tratamiento de TRA, diferenciando uno para el procedimiento de Inseminación Artificial (AIA) y otros para el de Fecundación in Vitro (AFIV) y el *Dayly Record Keeping Sheet*, que permite recoger información diaria durante el tratamiento de FIV.

Evaluación de un caso clínico (por María del Castillo Aparicio)

Seguidamente se describe la evaluación psicológica realizada a Ana y Javier cuyas características principales han sido expuestas en el capítulo anterior. Siguiendo las fases del proceso de evaluación psicológica (Moreno-Rosset, Jenaro y Antequera, 2009), la evaluación se estructuró en 4 fases que pasamos a detallar:

1.ª fase. Entrevista y aplicación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008):

En un primer momento se realizó una recogida de información con la entrevista EPAI que nos permitió recabar datos sobre la pareja, su proceso y su experiencia tanto a nivel holístico sobre distintas áreas de su vida, como a nivel concreto sobre la infertilidad. Además, ambos miembros de la pareja cumplieron el cuestionario DERA, que aportó un primer escrutinio del estado actual de la pareja, midiendo tanto su posible desajuste emocional como los recursos adaptativos que poseían. Así desde el inicio mantuvimos una óptica positiva de evaluación y tratamiento, buscando con qué fortalezas o recursos cuentan ambos miembros de la pareja para afrontar tanto su infertilidad, como los tratamientos, así como el impacto de este problema en el resto de las áreas de su vida.

En esta primera fase obtuvimos la siguiente información:

Ana y Javier están pasando un momento complicado después de dos tratamientos de reproducción y un aborto, se sienten frustrados, desanimados y cada vez más alterados y nerviosos. Ana manifiesta estar llevándolo “fatal”, cada vez se está obsesionando más con el tema, ocupando el 100% de sus pensamientos, llora, se siente ridícula por hacerlo, “ya no puede más”. Durante la entrevista Ana muestra algunas contradicciones entre su lenguaje verbal y no verbal, por ejemplo cuando dice sonriendo “*será que tampoco valgo para esto*”. Javier se muestra más tranquilo, no quiere pensar demasiado en ello, sufre de ver tan mal a Ana, pero no sabe qué hacer. Él tiene claro que o tiene hijos ya, o no los tiene, no le quiere dar más vueltas. Aparenta ser poco expresivo emocionalmente, se muestra más bien frío y decidido.

Las principales áreas afectadas son su estado de ánimo (irritación, culpabilidad, anhedonia, frustración), su relación de pareja (discuten más, las relaciones sexuales son casi nulas, invierten un gran porcentaje de tiempo en hablar de su infertilidad), y sus relaciones sociales (cada vez salen menos, evitan a los amigos y familiares con hijos).

En cuanto a estrategias de afrontamiento, Javier evita el tema, se concentra en otras cosas, su trabajo, de vez en cuando sale con algún amigo, le gusta el monte, cada vez está más taciturno; Ana sin embargo cada vez se obsesiona más, se queda en casa dándole vueltas, buscando información, entrando en “chats” y páginas de Internet relacionadas con la infertilidad, busca desesperadamente una solución.

Sus puntuaciones en el DERA reflejan:

- *Valoración de Ana*: Presenta una puntuación alta en desajuste emocional (percentil 90) y baja en recursos adaptativos (percentil 20). Obteniendo una puntuación más baja en recursos interpersonales (percentil 15), que en recursos personales, donde logra una puntuación media (percentil 45).
- *Valoración de Javier*: Presenta una puntuación media en desajuste emocional (percentil 35) y baja en recursos adaptativos (percentil 15). Obteniendo una puntuación muy baja en recursos personales (percentil 3). En recursos interpersonales logra una puntuación media (percentil 40).

2.ª fase. A partir de los resultados de la primera fase de evaluación se realizaron las siguientes predicciones:

1. Ana presentará elevados niveles de ansiedad y de ánimo depresivo
2. Ana presentará un estado afectivo negativo presentando emociones tales como tensión, disgusto, culpabilidad, susto, etc.
3. Ana mostrará dificultad para identificar sus sentimientos y expresarlos
4. Ana presentará malestar con sus relaciones sexuales
5. Javier no presentará ni trastornos de ansiedad, ni afectivos, ni del estado de ánimo
6. Javier mostrará dificultad para identificar sus sentimientos y expresarlos.
7. Javier presentará malestar con sus relaciones sexuales

3.ª fase. Estas hipótesis se comprobaron a través de la aplicación de los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI ; Spielberg, Gorsuch y Lushene, 2008)
- Escala de afecto positivo y negativo (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988)
- Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20; Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1994)
- Inventario de depresión estado-rasgo (IDER; Spielberger, 2008)
- Escala de Ajuste Diádico (DAS; Spanier, 1976)

4.ª fase. Corrección de las pruebas e interpretación de los resultados:

Los instrumentos de evaluación psicológica fueron cumplimentados en la misma clínica por cada uno de los miembros de la pareja. Este procedimiento (in situ y cada uno independientemente) evitaba posibles sesgos de evaluación. Se realizó en una sola sesión. Las puntuaciones en percentiles se reflejan en el [cuadro 3.5](#).

Cuadro 3.5. Puntuaciones obtenidas en las pruebas aplicadas al caso

<i>Pruebas administrativas</i>	<i>Ana</i>	<i>Javier</i>	<i>Tiempo empleado</i>
DERA F1: Desajuste emocional	90	35	15 min
DERA F2: Recursos personales	45	3	
DERA F3: Recursos interpersonales	15	40	
DERA F4: Recursos adaptativos	20	15	
STAI: Ansiedad rasgo	80	35	10 min
STAI: Ansiedad estado	90	15	
PANAS: Afecto positivo	38	84	5 min
PANAS: Afecto negativo	70	34	
TAS F1: Dificultad para identificar sentimientos y distinguir entre sentimientos y los síntomas asociados a la activación emocional	75	20	5 min
TAS F2: Dificultad para describir sentimientos a los otros	47	15	
TAS F3: Pensamiento orientado a lo externo	65	40	
TAS TOTAL	70	31	
IDER Depresión Estado	35	25	5 min
IDER Depresión Rasgo	35	20	
DAS TOTAL: Ajuste diádico	86	67	10 min
<i>Tiempo total empleado</i>			50 min

- *Valoración de Ana:* según lo previsto en nuestra primera hipótesis, alcanza puntuaciones altas en ansiedad, tanto en el factor rasgo (percentil 80) como en el factor estado (percentil 90). Sin embargo en contra de lo previsto no muestra ni depresión rasgo (percentil 35) ni depresión estado (percentil

35).

En cuanto a los afectos muestra un bajo afecto positivo (percentil 38), sin embargo alcanza una puntuación considerable en afecto negativo (percentil 70) lo que nos indica que podemos encontrar conductas de evitación (según el momento y las circunstancias), presentando emociones tales como tensión, disgusto, culpabilidad, susto, etc.

Presenta una alta puntuación en alexitimia (percentil 70), lo que se puede materializar en estas tres variantes:

1. Dificultad para identificar y diferenciar sentimientos de sensaciones corporales (percentil 75)
2. Dificultad en describir sentimientos hacia los otros (percentil 47)
3. Pensamiento orientado a lo externo (baja capacidad para simbolizar, pensamiento operatorio) (percentil 65)

En cuanto al ajuste diádico, la puntuación obtenida por Ana (percentil 86) muestra un nivel alto de ajuste de pareja, no mostrando malestar en sus relaciones sexuales como habíamos hipotetizado en función de la información recogida en la primera entrevista, por lo que cabría reevaluar si es real o no ha sido expresado en el DAS ya que, como se puede observar presenta puntuaciones altas en alexitimia.

- *Valoración de Javier:* Javier aparece tranquilo, con unas medidas de ansiedad bastante bajas, ansiedad rasgo (percentil 35) y ansiedad estado (percentil 15). Así mismo tampoco presenta depresión estado (percentil 25) ni depresión rasgo (percentil 20).

El estado afectivo tiene una clara tendencia a la positividad, alcanzando una puntuación bastante alta en este factor (percentil 84), mientras en afecto positivo la puntuación es claramente baja (percentil 34), lo que puede revelar que se trata de una persona que tiende a presentar emociones tales como el interés, ánimo, energía, entusiasmo, etc.

No tiene problemas para identificar y expresar sus sentimientos, obtiene una puntuación baja en alexitimia (percentil 31).

En la relación de pareja muestra una puntuación más baja que Ana (percentil 67), confirmándose nuestra hipótesis de que existe malestar con sus relaciones sexuales debido a que ha obtenido una puntuación mucho más baja en esta dimensión en relación al resto de áreas evaluadas por el DAS.

Conclusiones y recomendaciones terapéuticas:

Nos encontramos frente una pareja en un momento crítico y doloroso de su vida, cada uno afronta la situación de una manera diferente. Mientras Javier se encuentra tranquilo, más o menos ajustado emocionalmente y con un afecto claramente positivo, su pareja siente un gran malestar emocional, ansiedad, tensión, culpa, además de mostrar una gran dificultad para identificar y expresar sus sentimientos.

Tienen diferentes estilos de afrontamiento del problema, mientras Javier es más evitativo. Ana se centra en exceso en su deseo de ser madre, lo que a menudo provocará la sensación de soledad en Ana sintiendo que es a ella a quien le importa verdaderamente el problema. Ella ha asumido toda la responsabilidad sobre el mismo, aumentando la exigencia sobre sí misma, eso unido a la presión del tiempo que impone él, nos lleva a una espiral de tensión, ansiedad y culpa que crece con cada menstruación.

Por otro lado encontramos en Ana un alto grado de alexitimia, su pareja aunque no presenta este problema, se muestra frío y con poca disposición a centrarse en las emociones o sentimientos que le

produce su infertilidad.

A pesar de ser Ana quien demuestra más sufrimiento, ni ella ni su pareja poseen las fortalezas o recursos necesarios para encarar esta situación traumática que atraviesan, resultando difícil no sólo sobrellevarla cada uno de una manera ajustada emocionalmente, sino que dificulta de igual modo servir de apoyo en los momentos bajos del otro cónyuge. Todo esto va derivando en falta de entendimiento, irritabilidad, falta de gratificación mutua y una bajada drástica del deseo sexual.

Lo que aquí encontramos está en concordancia con los resultados obtenidos en una investigación reciente sobre este tema, realizada utilizando los mismos cuestionarios que aquí presentamos (Del Castillo, Moreno-Rosset, Martín, García-Fernández y Urries, 2008a y b). Dicho estudio ha encontrado que no existen diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la utilización de recursos para adaptarse al problema, ni en cuanto al nivel de alexitimia (dificultad para identificar y expresar los sentimientos). En relación a los recursos, *ambos sexos poseen pocos recursos (tanto personales como sociales) y en cuanto a la alexitimia*, mientras que en población general la proporción es de 2 mujeres por cada 10 hombres, en la muestra estudiada con problemas de fertilidad, *tanto hombres como mujeres poseen la misma dificultad para identificar y expresar emociones* y ello puede ser debido al uso de la inhibición emocional como defensa ante el intenso malestar que muchas veces experimentan estas personas.

Como vemos, los hombres y las mujeres experimentan y afrontan la situación de infertilidad de forma diferente, comprobándose que no sólo adolecen de recursos, sino que aquellos que utilizan, como la inhibición de emociones, no son beneficiosos para promover el equilibrio y ajuste emocional.

En consecuencia, desde la psicología tenemos la responsabilidad de seguir trabajando para conocer la compleja respuesta del ser humano ante los problemas, en este caso ante la infertilidad, y de esta manera ofrecer la ayuda, consejo y tratamiento psicológicos para cubrir los déficits y las principales necesidades de las personas y promover el bienestar de quienes poseen dificultades para procrear.

Preguntas de autoevaluación

1. En la entrevista aplicada a casos de parejas infértiles conviene evaluar:

- a) Sólo a la mujer.
- b) Sólo al hombre.
- c) A ambos.
- d) Al equipo médico.
- e) A la familia de ella.

2. En la evaluación psicológica de parejas infértiles, la historia de infertilidad:

- a) No es necesario conocerla.
- b) Sólo incumbe al equipo médico.
- c) Puede solicitarse al equipo médico.
- d) Debe solicitarse directamente a los interesados.
- e) Puede consultarse directamente de la historia médica.

3. ¿Cuál es el cuestionario que evalúa tanto aspectos positivos (recursos adaptativos a la infertilidad) como el

grado de desajuste emocional?

- a) DAS.
- b) DERA.
- c) IPPI.
- d) PANAS.
- e) TAS.

4. En la primera fase de evaluación psicológica en infertilidad se aconseja aplicar:

- a) Entrevista y Cuestionarios DERA e IPPI.
- b) Técnicas subjetivas y registros psicofisiológicos.
- c) Inventario de acontecimientos vitales y técnicas objetivas.
- d) Técnicas proyectivas y Cuestionarios STAI e IDER.
- e) Lista de adjetivos e Inventario de acontecimientos vitales.

5. En relación al empleo de autorregistros:

- a) Se desaconseja su aplicación en casos de infertilidad.
 - b) Las principales propuestas se centran en recoger información durante el diagnóstico y tratamiento psicológicos.
 - c) Sólo permiten registrar una sola dimensión o variable.
 - d) Se proponen para aplicar únicamente a las mujeres.
 - e) Las principales propuestas se centran en recoger información durante el diagnóstico y tratamiento médicos.
-

4

Intervención psicológica

Las distintas connotaciones y fluctuaciones emocionales que puede tener el proceso de infertilidad en las personas pueden precisar distinto tipo de intervención, orientación, consejo, apoyo o terapia psicológica en cada uno de los momentos. Por supuesto que las personas con mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos psicopatológicos deberían tener apoyo desde el principio del proceso diagnóstico. Para ello, en el capítulo anterior hemos propuesto aplicar en la primera fase de evaluación técnicas e instrumentos capaces de detectar personas de riesgo. Por otro lado, los tipos de infertilidad que precisan tratamientos de TRA con donantes de gametos, que se han denominado “reproducción compartida con terceros” pueden conllevar mayores dificultades o preocupaciones psicológicas que físicas. Asimismo, las parejas con repeticiones de tratamientos sienten parte del fracaso como suyo. Las que lo consiguen y abortan son otro grupo que precisa asistencia psicológica ya que el coste-beneficio obtenido resulta altamente desequilibrado y después de ver en las ecografías el embrión, constatar el aumento de la hormona del embarazo en los análisis y sentir al futuro hijo en su interior, es mucho más difícil superarlo que cuando se produce un embarazo por medios naturales, ya que el esfuerzo y coste físico, y muchas veces económico, no puede garantizar volver a conseguir el embarazo y el niño en casa.

En todos los grupos, la evaluación psicológica determina lo más adecuado en cada caso particular, por lo tanto, y dado que esta obra se centra en ofrecer formación a estudiantes y psicólogos que vayan a desarrollar su labor profesional en Unidades de Reproducción Humana o en las Unidades de Psicología de los centros públicos o privados correspondientes, ofreceremos las principales y más necesarias actuaciones terapéuticas para cada uno de los distintos momentos del diagnóstico y tratamiento médico de la infertilidad que hemos venido describiendo a lo largo de este libro.

Primero se expondrá una revisión de los principales programas de consejo, apoyo o intervención psicológica creados por diversos autores y desde distintos modelos con el fin de ofrecer un abanico de información al estudiante y al profesional que se incorpore en este nuevo contexto de la psicología. Seguidamente, se describirá en primicia el Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset, Ávila, Antequera, Jenaro, Gómez y de Castro, 2007) pensado para ser aplicado durante el proceso de estudio de la

fertilidad y de tratamiento con TRA, destacando como ventaja la flexibilidad en poder organizarse en función de la fase o situación específica en la que se encuentren los usuarios de las TRA y facilitar su aplicación en las Unidades de Reproducción.

4.1. Eficacia, efectividad y eficiencia de los programas de intervención psicológica

Son diversas las alternativas de intervención psicológica desarrolladas en este nuevo campo de la Psicología de la Salud. Muchas adolecen de datos empíricos acerca de su eficacia terapéutica, que significa que sus beneficios superan a los de una condición placebo, pero investigar con personas que poseen una enfermedad conlleva la dificultad ético-moral de establecer grupos randomizados y controlados con placebo que no van a recibir el tratamiento, cuya eficacia se quiere probar. Además y como indica Solé (2000), *“no basta con estudios clínicos controlados que miden la eficacia terapéutica, sino que hay que ser más práctico y medir la efectividad y en términos de costes, medir la eficiencia”*.

En la efectividad entra en juego la selección de los terapeutas, su formación y punto de partida profesional similar. Además de investigar a una muestra homogénea, conseguir la homogeneidad de los terapeutas. No en vano, dijo Platón que *“la eficacia de los remedios crece en alguna medida por la acción sugestiva del terapeuta”*. Se trata de administrar las psicoterapias con el mismo grado de competencia y homogeneidad, y coincidimos con Solé en que estas premisas metodológicas están alejadas de lo que hay en el mundo real, ya que resulta muy difícil realizar estudios en personas con una enfermedad controlando todas las variables que pueden aplicarse en situaciones de laboratorio a los animales. Además, la investigación debe centrarse en el proceso, no sólo en comparar el antes y el después de la intervención psicológica, así como tener en cuenta la patogénesis de los síntomas y su comorbilidad y no sólo basarse en las categorías diagnósticas del DSM o CIE (Solé, 2000).

La eficiencia se refiere a que la solución aplicada sea la más económica tanto para el paciente (ahorro de tiempo, dinero y sufrimiento) como en relación a los recursos económicos y materiales. Sería lo que viene denominándose actuaciones basadas en pruebas o en evidencias. La dificultad, como indica Solé está en cómo lograrlo y añade que *“estudiar la eficiencia incluye investigar, evaluar, diseminar e implementar las mejores prácticas en cada contexto asistencial. Es optimizar y adaptarse. Es intentar responder a las preguntas ¿qué les sucede a lo largo del tiempo a los pacientes que reciben tratamiento? ¿Quién da asistencia a determinados trastornos? ¿Dónde y en qué etapa del trastorno?”*... Todas estas preguntas pueden realizarse en infertilidad puesto que a lo largo del tratamiento de TRA y sus repeticiones las manifestaciones físicas, psicológicas y sociales varían, lo que responde a la primera pregunta. En cuanto a la segunda y tercera preguntas, el desajuste emocional e incluso los trastornos

psicológicos aparecen en determinados casos y situaciones y *¿quién y dónde y en qué momento del proceso se da asistencia a los mismos?* En diversos foros hemos defendido la necesidad de que se preste una atención integral a las parejas infértiles y “*lo seguiremos defendiendo*” (Ávila y Moreno-Rosset, 2008), motivo por el que pensamos que en todos los equipos interdisciplinares de las Unidades de Reproducción debe incorporarse la figura del psicólogo que, por supuesto, debe adquirir las competencias, actitudes y aptitudes profesionales adecuadas para intervenir con eficacia, efectividad y eficiencia (Moreno-Rosset y Ávila, 2009).

4.2. Principales programas de consejo, apoyo e intervención psicológicos en infertilidad

A continuación presentamos las principales propuestas de consejo, apoyo e intervención psicológicas agrupadas en función de los distintos enfoques o modelos psicoterapéuticos. En primer lugar ([apartado 4.2.1](#)) hablaremos del counselling o consejo psicológico, que es esencial en infertilidad debido a la necesidad de información, apoyo y afrontamiento de la crisis que puede provocar esta enfermedad en las personas afectadas. A continuación expondremos programas basados en modelos cognitivo-comportamentales ([apartado 4.2.2](#)), psicodinámicos ([apartado 4.2.3](#)) y otras aproximaciones terapéuticas como las centradas en la hipnosis e imaginación o en la relación mente-cuerpo-espíritu ([apartado 4.2.4](#)). Al final de cada apartado describiremos más en profundidad aquellos programas que han tenido un mayor desarrollo y divulgación.

4.2.1. Consejo psicológico en infertilidad

El término counselling es difícil de traducir ya que se trata no sólo de aconsejar, sino de *apoyar, guiar, ayudar, explorar y clarificar objetivos y orientar en tomas de decisiones*. Será útil conocer algunos libros como el de Burns y Covington (2006), en el que explican las *distintas modalidades de consejo individual, de grupo, de pareja, sexual, y el dirigido a grupos con mayores necesidades como los que requieren donantes, homosexuales, etc.* Sobre el consejo dirigido a grupos especiales, cabe destacar la aportación realizada por Tirado y Dolz (2007) sobre el *apoyo en pacientes que recurren a tratamientos de reproducción asistida con donación de gametos*, en el que presentan los principales objetivos que se deben alcanzar antes de iniciar los tratamientos con terceros: 1) valorar la manera en que la infertilidad y los tratamientos previos han afectado a los pacientes de forma individual y de pareja, 2) ayudar a la pareja en la toma de decisiones, 3) debatir los asuntos específicos del tratamiento con donantes y desarrollar formas de afrontamiento positivas.

Asimismo son de interés algunas publicaciones como la de Savitz-Smith (2003), en la que examinan los *principales trabajos relacionados con el apoyo psicológico en infertilidad*; además, aportan como novedad la descripción de un caso, en concreto el de una pareja que debe recibir counselling como uno de los requisitos previos al inicio de su tratamiento de fecundación in vitro. Merece la pena destacar del artículo la opinión de la pareja que en un primer momento no había considerado el counselling como necesario y sin embargo, con posterioridad, explican cómo éste les ha ayudado. También se discuten en el artículo las diferencias entre hombres y mujeres a la hora de reaccionar frente a la infertilidad, cómo se vive la paternidad después del éxito de un tratamiento de IVF, las reacciones frente a los tratamientos fallidos y el rol del counselling y la psicoterapia.

Emery, Beran, Darwiche, Oppizzi y Joris (2003) estudian a 141 parejas infértiles que iban a iniciar su primer tratamiento de FIV. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos (con counselling y sin counselling), si bien sólo 100 parejas aceptaron la asignación (12 parejas no estuvieron de acuerdo porque sí querían counselling y otras 29 tampoco aceptaron porque no lo querían). Se realizaron 2 evaluaciones, una previa al inicio del tratamiento de FIV y antes de que los sujetos del grupo experimental recibieran consejo psicológico, y otra 6 semanas después de la transferencia de embriones. Las variables medidas fueron: ansiedad (para ello se utilizó el STAI), depresión (con el BDI) y evaluación del counselling (a los participantes se les preguntó qué nivel de ayuda consideraban que habían recibido a través del counselling y también en qué áreas habían notado esta ayuda). Los resultados mostraron que, si bien no aparecieron diferencias significativas en ansiedad y depresión entre el grupo de counselling y el de no-counselling, sin embargo, la mayoría de los sujetos que recibieron consejo psicológico consideraron que éste les había servido de ayuda. Como se observa, es difícil evaluar los efectos del “counselling”, sin embargo, la valoración subjetiva ofrecida por los pacientes es positiva.

En los últimos años y con el desarrollo de las nuevas tecnologías se han puesto en marcha servicios que prestan apoyo psicológico a parejas infértiles a través de Internet, medios audiovisuales como el cd-rom, el teléfono (Bartlam y McLeod, 2000; Epstein, Rosenberg, Venet y Hemenway, 2002; Cousineau *et al.*, 2004). Estas aportaciones son una muestra de que la psicología avanza junto al desarrollo sociotecnológico buscando nuevas vías en las intervenciones. El uso de estos medios representa un nuevo campo de actuación del psicólogo cuyos efectos es preciso investigar.

A) Principales guías de consejo psicológico en infertilidad

Seguidamente se describen algunas de las guías de consejo psicológico en infertilidad que han tenido un mayor desarrollo y divulgación. Algunas de ellas se dirigen a los profesionales de la psicología, mientras que otras van dirigidas directamente a las personas con problemas de fertilidad.

- *Guías de Consejo en Infertilidad (ESHRE; European Society of Human Reproduction and Embryology)*. Pueden consultarse en <http://www.eshre.com>.

El grupo de interés de psicología de la ESHRE (European Society of Human and Reproduction Embriology) ha desarrollado las Guías de Consejo en Infertilidad dirigidas a profesionales en las que se exponen aspectos fundamentales como por ejemplo quién debiera aconsejar, a quién se debiera aconsejar y el papel del médico en el counselling. Asimismo se describe cómo realizar consejo durante el tratamiento de infertilidad y en temas más específicos como en los tratamientos con donantes o la reproducción en parejas homosexuales, o en mujeres sin pareja. Describe que en determinados países está reglamentado cuál debe ser la cualificación que deben tener los consejeros para poder aconsejar en las clínicas de infertilidad. El grupo de Salud Mental de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (Mental Health Professional Group, American Society for Reproductive Medicine), recomienda una graduación en una profesión de salud mental (psicología, asistente social...), una licencia (registro, certificado), formación en los aspectos psicológicos y médicos de la infertilidad, un mínimo de un año de experiencia clínica y atención regular a programas de educación continuada. Pero, yendo más allá *¿quién deriva a los pacientes al “consejero”?* *¿todos los pacientes debieran tener “consejo”?* *¿debiera ser un prerrequisito?* *¿debiera ser voluntario?* *¿cómo elegir a las personas que necesitan consejo?* Burns y Covington (2006) opinan que todos los pacientes deberían tener acceso a consejo y que determinados grupos precisan un cuidado psicosocial especializado, como por ejemplo los pacientes que siguen tratamientos con donantes, los que experimentan mucho estrés con manifestaciones ansiosas y depresivas o aquellos con riesgo de desarrollar psicopatologías por sus antecedentes psicológicos o su perfil actual, así como aquellas personas que precisen consejo genético como parte de su tratamiento de infertilidad. Los objetivos del counselling a estos grupos deben consistir en facilitar la expresión de emociones, identificar la causa de estrés y proporcionar intervenciones para minimizarlo y manejarlo.

Pero volvamos al inicio, *¿cómo y quién elige las personas o parejas que precisan consejo?* En las Guías de Consejo en Infertilidad se deja muy claro que el tratamiento de las personas infértiles es tarea del médico, convirtiéndose éste en la persona central de sus vidas. El médico debe informar acerca de los tratamientos, de sus ventajas y sus riesgos y aconsejar el tratamiento más adecuado según el diagnóstico de infertilidad; pero también debe evaluar si el counselling psicológico es necesario y derivar al psicólogo a aquellos pacientes que lo necesiten y para ello deberán tener conocimientos de los principales problemas psicológicos que acompañan a la infertilidad.

En nuestra opinión, a la inversa, el psicólogo debe tener conocimientos de cómo se realiza el estudio de la fertilidad y de los tratamientos de TRA, ventajas, limitaciones, riesgos, etc. con el fin de poder “acompañar” a la pareja

en cualquiera de las situaciones o momentos difíciles que se presenten durante el proceso de diagnóstico y tratamiento. Queremos llamar la atención sobre el término que hemos utilizado de “acompañar”, ya que creemos que la labor inicial del psicólogo debería centrarse en “*estar al lado de las personas, dándoles el soporte y apoyo necesarios en cada momento*” sabiendo detectar y evaluar si es suficiente ofrecer consejo y apoyo o, por el contrario, es necesario aplicar counselling terapéutico o psicoterapia orientada al cambio, a resolver problemas y afrontar las consecuencias de la infertilidad, el tratamiento médico y sus resultados positivos o negativos. Nuestra labor profesional es muy amplia y en muchas ocasiones los médicos desconocen las dimensiones que puede abarcar y, sobre todo, los beneficios que puede aportar tanto a las personas que padecen infertilidad como a los equipos médicos que las tratan.

- *Couple Counselling and Therapy for the Unfulfilled Desire for a Child – The Two-Step Approach of the “Heidelberg Infertility Consultation Service”* (Wischmann, Stammer, Gerhard y Verres, 2002)

En el servicio de consulta de infertilidad “Heidelberg Infertility Consultation Service” se ofrece a todas las parejas la posibilidad de recibir consejo psicológico. Wischmann, Stammer, Gerhard y Verres, han desarrollado dos sesiones de consejo psicológico centradas en tratar los siguientes temas: 1) sobre el diagnóstico y tratamiento aconsejado por los médicos, su sexualidad, entorno social y profesional; 2) sobre los motivos y fantasías y la aparición del deseo de tener un hijo en relación a las biografías individuales y de pareja y el grado de importancia de tener un hijo biológico o no tenerlo. Estos aspectos son tratados teniendo en cuenta que los sentimientos de cada miembro de la pareja acerca de la falta de hijos pueden ser diferentes: cómo hablan entre ellos, cómo se ayudan, sus posibles atribuciones o causas subjetivas. Si hablan de ello con amigos, si han cambiado sus relaciones sociales, profesionales, con la familia de origen y la información que poseen sobre las experiencias de sus padres en cuanto a tener hijos, si los planearon, si fueron o no deseados, etc. Sobre el éxito o no del tratamiento, posibles alternativas, límites, autoimagen, síntomas psicósomáticos, etc.

Si en las sesiones de “counselling” se han identificado áreas problemáticas se les ofertan 10 horas de terapia de pareja, con los siguientes objetivos: expresión de emociones sobre la infertilidad, especificar quejas y deseos, exposición de las diferencias entre ambos miembros de la pareja dando a éstas una connotación positiva, normalización de las crisis, discusión de la sexualidad de la pareja, cuestionamiento de la correlación entre un problema sexual y una mala relación de pareja, identificación de los principales esquemas de comunicación, identificación de los recursos y estrategias con los que cuenta la pareja y planteamiento de la posibilidad de una vida sin hijos.

- *La infertilidad ¿por qué a mí? Un problema o reto en la pareja (Moreno-Rosset, 2009b)*

Se trata de un *Programa de consejo y acompañamiento emocional* dirigido a parejas que sufren el problema de la infertilidad con el fin de que puedan convertirlo en un reto que les permita acomodar su infertilidad, conseguir un mayor equilibrio y ajuste psicológico y convertirlo en un crecimiento personal y familiar con independencia de que consigan o no el hijo deseado.

Escrito con sumo detalle y afecto pero con gran profesionalidad, los distintos expertos (psicólogos, ginecólogo y jurista) que participan en el libro se dirigen al lector o lectora para acompañarles en su sentir y ofrecerles recomendaciones, consejos y ejercicios prácticos sea cual sea el momento en el que se hallen: si lo están deseando, si lo están pensando, si ya se han decidido, si lo están probando, si no llega el embarazo, si están con las pruebas diagnósticas de infertilidad o en cualquiera de los distintos momentos de los tratamientos médicos, si lo han conseguido, si no lo han conseguido y cuándo las técnicas de reproducción asistida llegan al final. Aporta materiales prácticos y un cd-rom de relajación. Aporta historias reales que explican cómo han conseguido a través del *Programa de consejo y acompañamiento emocional* convertir la pregunta ¿por qué a mí? en ¿y por qué no?, título del epílogo que cierra el libro.

Se trata pues de un libro eminentemente práctico, emotivo, profesional, fácil de leer, ameno y sobre todo dirigido al afrontamiento activo de la infertilidad, por lo que resulta un material complementario en la labor psicoterapéutica.

4.2.2. Terapia cognitivo-conductual en infertilidad

La terapia cognitivo-conductual es la más desarrollada para aplicar en el contexto de la infertilidad. Alrededor del año 2000 se desarrollaron los principales programas. Cada uno de ellos con distintos objetivos o aplicaciones (individual o grupal), etc. Primero aludiremos a algunas publicaciones que hemos considerado relevantes por los motivos que comentaremos en el transcurso de su presentación y que hemos ordenado cronológicamente. A continuación presentaremos las terapias que han sido más citadas en la bibliografía disponible y sobre las que, generalmente, han basado muchos autores sus propuestas.

Un esquema de las principales técnicas de intervención de terapia familiar médica para aplicar a parejas infértiles se encuentra en Ranz Torrejón (1999): 1) escuchar la historia de la pareja, 2) analizar la historia reproductiva de la familia, 3) explorar el impacto de la esterilidad, 4) favorecer y mejorar los patrones de comunicación

de la pareja. 5) promover la educación de la pareja y de la familia en torno al tema de la esterilidad, 6) reconstruir la categorización normativa de la fertilidad como potencia sexual, 7) externalizar la esterilidad y ponerla en su lugar, 8) construir una historia fértil que dote de poder al sujeto y a la pareja estéril, 9) promover el duelo, 10) explorar la motivación de cada miembro de la pareja respecto a la posibilidad de vivir bien tanto con hijos como sin ellos, 11) controlar las cuestiones personales por parte del terapeuta. Por otra parte lista las técnicas para aplicar a parejas que sigan los tratamientos contra la esterilidad: 1) reconocer el estrés, 2) promover entre los miembros de la pareja la educación sobre las técnicas de reproducción asistida, 3) negociar las diferencias, 4) facilitar el duelo, 5) poner límites, 6) construir una historia tierna y 7) trabajar en colaboración con los médicos y ginecólogos.

La aportación de las autoras Levin y Sher (2000) es relevante en cuanto a que *proponen distinto tipo de terapia en función de la persona y situación en la que se encuentre*, para lo cual es importante realizar una evaluación previa que permita detectar a los sujetos de riesgo. Parten de la base de que la población infértil no manifiesta niveles incrementados de estrés psicológico o marital frente a la población general, y señalan la importancia de que los profesionales médicos tengan muy en cuenta cualquier queja que refieran sus pacientes y no las consideren simplemente como una respuesta “normal” al estrés originado por el tratamiento de infertilidad. Por otro lado consideran necesario que todos los sujetos completen una batería psicológica y señalan que en el momento de completarla los pacientes deben saber que las decisiones médicas no van a ser tomadas en función de la evaluación psicológica y además recomiendan incluir en la batería una medida de estilo defensivo para contrastar la veracidad de las respuestas.

La evaluación servirá para identificar a aquellos pacientes que puedan beneficiarse de más atención psicológica a lo largo del proceso de tratamiento médico. Para éstos, proponen dos modelos de intervención: uno de aplicación individual cognitivo-conductual y otro conductual para aliviar el estrés marital. El primer modelo (terapia cognitivo-conductual) es más apropiado para aquellos individuos en los que la depresión ha precedido a la infertilidad, y para los casos en los que existen distorsiones cognitivas muy específicas. Cuando la depresión es consecuencia del diagnóstico de infertilidad, se considera más recomendable la terapia conductual marital que constituye un tratamiento específico y eficaz para el estrés marital y se basa en enseñarle a la pareja estrategias de comunicación y resolución de problemas; así como a aumentar los intercambios positivos y reducir los negativos.

La *terapia grupal* descrita por McNaughton-Cassill *et al.* (2000) tiene el objetivo de *identificar las cogniciones respecto a la infertilidad y explorar las relaciones entre pensamientos irracionales y el estrés experimentado*. Se introducen técnicas para modificar atribuciones y generar pensamientos alternativos y soluciones para problemas cotidianos. Estos autores presentan un estudio realizado con sólo 17 parejas y evaluaron el programa mediante un cuestionario en el que tenían que responder a 5 preguntas. Tanto los hombres como las mujeres evaluados consideraron al grupo como una fuente de apoyo; y además añadieron que éste les había servido para manejar mejor el estrés

debido al tratamiento de FIV. Los integrantes del grupo también indicaron que pensaban que el grupo podría ser muy útil para otras parejas en su misma situación. Algunas de las limitaciones del estudio realizado por McNaughton-Cassill *et al.* (2000) en cuanto al escaso número de participantes o el diseño e instrumentos de evaluación utilizados para conocer la eficacia del programa fueron mejoradas en el estudio realizado en 2002 (McNaughton-Cassill, Bostwick, Arthur, Robinson y Neal (2002) en el que utilizaron una muestra total de 45 parejas entre las que establecieron un grupo control, así como unas mediciones pre-postratamiento con cuestionarios estandarizados. Las mujeres que participaron en el grupo de terapia obtuvieron niveles menores de ansiedad y depresión una vez finalizadas las sesiones comparadas con los niveles obtenidos antes de iniciar el tratamiento. No se encontraron diferencias significativas en las medidas de optimismo, creencias irracionales o apoyo social para las mujeres de ambos grupos. Los hombres que asistieron a las sesiones de grupo tuvieron medidas más altas en optimismo que los del grupo control; sin embargo también mostraron un mayor número de creencias irracionales una vez completadas las sesiones. Según los autores, esto pudo deberse al hecho de que con la asistencia a las sesiones tuvieron en cuenta aspectos de la infertilidad en los que nunca antes habían reparado. Las tasas de embarazo fueron similares en el grupo de apoyo y en el grupo control.

Aludimos al programa “Psychological Therapy in Idiopathic Infertile: A Stress Reduction Approach” publicado por Florin, Tuschen-Caffier, Krause y Pook (2002) por centrarse en *mejorar el funcionamiento y la satisfacción sexual en parejas con infertilidad idiopática*. En el estudio previo de Tuschen-Caffier, Florin, Krause y Pook (1999) en que aplicaron dicha intervención con una duración de 6 meses, estuvo dirigida a aumentar la actividad sexual durante el período fértil sin que esto tuviera como consecuencia un descenso en la satisfacción sexual en el resto del ciclo. Los dos primeros meses de terapia tuvieron como objetivo prioritario cambiar las actitudes de las parejas hacia el sexo orientado a la tarea; en la segunda parte de la terapia se trató de asegurar la satisfacción sexual mediante el sexo orientado al placer; también se reestructuraron los pensamientos de impotencia y en los casos en los que fue necesario se mejoraron las estrategias de comunicación de la pareja.

Se ha seleccionado la aportación de Dolz y García (2002) porque *han desarrollado el programa PAP (Programa de Apoyo Psicológico) dirigido a mujeres en tratamiento de TRA* y centrado en 1) realizar una reestructuración cognitiva que neutralice los pensamientos negativos más típicos, 2) entrenar a las parejas en habilidades de autocontrol emocional y en técnicas de relajación, 3) programar y prepararse emocionalmente para los momentos más críticos del TRA y 4) devolver a los pacientes la sensación de control. La estructura de aplicación sería la siguiente: 1.^a sesión: entrevista y análisis de la pareja, 2.^a sesión: identificación de las causas que generan mayor ansiedad, entrenamiento en técnicas de control mental y relajación, 3.^a sesión: creación del estado mental adecuado, entrenamiento en técnicas de eliminación de pensamientos ineficaces e inducción de visualizaciones positivas, 4.^a sesión: preparación y planificación de los días de espera que siguen a la intervención y 5.^a sesión: análisis del resultado del ciclo,

aceptación del resultado y sus implicaciones y desarrollo de un plan de acción para el futuro inmediato.

Llavona y Mora (2003) *hacen una propuesta de preparación psicológica para la reproducción asistida* basada en el programa de Domar y colaboradores, compuesta de 6 sesiones centradas en: 1) cómo influye la situación de infertilidad en la vida de las personas, 2) cómo afrontar psicológicamente la infertilidad y el proceso de tratamiento, 3) cómo contribuir desde la preparación psicológica a la eficacia de los tratamientos, 4) cómo manejar los períodos de espera y hacer frente a la posibilidad de no tener éxito en el tratamiento, 5) cómo afectan la situación de infertilidad y el proceso de tratamiento a la relación de pareja y 6) cómo potenciar la toma de decisiones y la relación afectiva en la pareja.

A) Principales programas cognitivo-conductuales en infertilidad

Seguidamente se describen los programas cognitivo-conductuales para la infertilidad que han tenido un mayor desarrollo y divulgación.

– Terapia cognitivo-conductual marital (TCCM: Myers y Wark, 1996)

La TCCM parte de la identificación y evaluación de valoraciones y atribuciones con respecto a la infertilidad y el matrimonio. Explora por un lado el significado y valor de ser infértil, la sexualidad, la integridad como ser humano, los sentimientos de incapacidad, de estar incompleto, de no cumplir adecuadamente. Por otro analiza el rol de esposo/a, los posibles errores cognitivos, pensamientos automáticos y en hombres los pensamientos sobre si la infertilidad les resta masculinidad. Ante estos aspectos *busca fuentes alternativas de satisfacción* que protegen contra el riesgo de depresión como: animar a los pacientes a hacer diariamente actividades agradables y divertidas, no relacionadas con el tema en cuestión y expansión de su red de apoyo social.

Realiza un entrenamiento en técnicas de comunicación y solución de problemas:

- a) Expresión de sentimientos negativos: comenzar frases con “Yo necesito”, “Yo quiero”, “Yo pienso”, más que “tú me...”, que provocan en la pareja respuestas defensivas y culpa.*
- b) Expresión de necesidades y emociones: practicar “la escucha activa” entre la pareja, en lugar de aislarse o hacer malas interpretaciones.*
- c) Ver la infertilidad como algo externo, como un oponente contra el que hay que luchar unidos y no como una “crisis” que enfrenta al uno con el otro.*
- d) Uso de la “tormenta de ideas” desarrollando entre ambos las opciones de afrontamiento y dándoles una justa valoración.*

Aplica terapia sexual para intentar redefinir masculinidad y feminidad, así como la

afirmación de su sexualidad y la valoración del intercambio sexual por sí mismo y no como meros medios para concebir hijos:

- a) Normalizar la disfunción sexual reactiva
- b) Hablar sobre su aversión y explicar su desinterés (pues abre líneas de comunicación entre ellos y les permite evitar presiones indeseadas)
- c) Que ambos se responsabilicen y hagan extensibles sus invitaciones sexuales
- d) Que realicen propuestas que les desvinculen del tratamiento de la infertilidad

El punto final de tratamiento prepara a la pareja sobre posibles problemas que puede acarrear tal punto final, como por ejemplo:

- a) Conflicto de emociones
- b) Aceptar una vida sin hijos biológicos, lo que significa una gran pérdida para la pareja
- c) Sentimientos de tristeza y de “una vida vacía”
- d) La posibilidad de adopción, aunque pueda conllevar desilusión por no tener hijos propios, no tener la experiencia de embarazo y que no llene totalmente ese sentimiento de vacío
- e) Prevenir la disolución del matrimonio por la incesante búsqueda de la paternidad

– *Programa Mente-Cuerpo para la Infertilidad (The Mind-Body Program for Infertility; Domar y Dreher, 1997; Kolt, Slawsby y Domar, 1999)*

Es imposible hablar de programas de intervención en el ámbito de la infertilidad sin citar el Programa Mente-Cuerpo para la Infertilidad que fue diseñado inicialmente por la Dra. Laurie Kolt de California y que ha sido aplicado, principalmente, por la Dra. Alice D. Domar y estudiado su eficacia a través de distintas publicaciones. Seguidamente presentamos un esquema de sus contenidos, si bien el lector interesado en conocer más a fondo una descripción de los materiales de que consta, la distribución de las sesiones, las tareas semanales y sus contenidos, así como la aplicación de la Dra. Domar a un caso práctico, puede consultarse en Moreno-Rosset (2000). El Programa está pensado para su aplicación a grupos de mujeres y consta de un total de 10 sesiones, generalmente de una hora de duración y con una periodicidad semanal. Están programadas dos sesiones de día completo en las que pueden acudir los maridos u otras personas allegadas.

Componentes del programa:

1. Valoración en profundidad del funcionamiento de la mujer (diagnósticos médicos y tratamientos recibidos, síntomas físicos y psicológicos, efectos de estrés, elección de objetivos)
2. Enseñar a elicitar la respuesta en relajación (meditación, yoga, ejercicios autógenos, relajación progresiva, imaginación...)
3. Técnicas breves de relajación
4. Dar información nutricional
5. Práctica de ejercicio físico
6. Cuidado de uno mismo

7. Reestructuración cognitiva (disminución de pensamientos negativos y distorsiones cognitivas, creencias irracionales...)
8. Discusión sobre las distintas alternativas al embarazo
9. Búsqueda de información
10. Aprendizaje de habilidades de comunicación
11. Entrenamiento en la distribución del tiempo y el apoyo
12. Revisión de metas alcanzadas

Lemmens *et al.* (2004) presentan un programa adaptado del programa Mente-Cuerpo para la Infertilidad con el objetivo de mejorar el funcionamiento y satisfacción sexual y que incorpora técnicas tan novedosas como la terapia del arte y la terapia orientada al cuerpo. Consta de 5 sesiones dirigidas a parejas y centradas en: 1) introducción y selección de temas, 2) emociones e infertilidad, 3) el impacto en la relación, 4) las reacciones de los otros, 5) el lugar que ocupa el deseo del hijo. Se trata del primer programa que integra las técnicas no verbales y las estrategias mente-cuerpo usando un formato de múltiples parejas. Sus autores señalan que el futuro de este tipo de programas resulta prometedor, si bien es necesario que se investigue su eficacia y efectividad.

– *Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica (Moreno-Rosset, 2009a)*

Esta Guía práctica escrita interdisciplinariamente por psicólogos, ginecólogos y juristas proporciona a los psicólogos clínicos la información necesaria para atender casos de personas que padezcan infertilidad. Sitúa el problema históricamente y las soluciones que se han ido incorporando hasta la actualidad con las técnicas de reproducción asistida, explicadas por un ginecólogo especializado en reproducción humana. Asimismo, y de la mano de una experta en la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida, se abordan las cuestiones legales.

Los distintos psicólogos, especializados en Psicología de la Reproducción, abordan el problema de la infertilidad como acontecimiento y proceso estresante, detallando los distintos procesos psicológicos que sufren las personas durante los tratamientos de infertilidad. Explican la forma de realizar el *proceso de evaluación psicológica*, sus fases y las tareas e instrumentos adecuados en cada una de ellas, desde el análisis del motivo de la demanda hasta la comunicación de los resultados y finalización del proceso de evaluación. Presentan una *Guía práctica de intervención* centrada en los distintos momentos en los que las personas pueden hallarse al acudir a la consulta del psicólogo, definen los objetivos estratégicos, ofrecen orientaciones terapéuticas y presentan los procedimientos y principales técnicas psicoterapéuticas que se van a aplicar. Aporta materiales de evaluación e intervención así como muestra su aplicación en casos prácticos.

4.2.3. Terapias psicodinámicas

En el contexto de la infertilidad también se han desarrollado planteamientos psicodinámicos centrados en descubrir los conflictos inconscientes y experiencias emocionales no resueltas que puedan estar en la base de la infertilidad. Se exploran las relaciones entre la mujer y su madre, miedos sobre el embarazo, hostilidad hacia la madre, marido u otras figuras. A diferencia de otros modelos terapéuticos, el psicodinámico se centra más en las causas del problema que en las consecuencias del mismo.

Se ha seleccionado el trabajo de Clement, Theis y de Tychey, C. (2000) porque *describe un caso clínico de una mujer infecunda con una evolución de siete años que es evaluada a través de las técnicas de entrevista y del Rorschach*. Los resultados mostraron un gran número de conflictos que venían a confirmar la hipótesis de los autores del estudio de que estos conflictos son en muchas ocasiones el origen de los problemas en la capacidad de procreación.

En el caso único analizado se observó que la paciente no estaba interesada en tener en cuenta sus problemas psicológicos, puesto que estaba convencida de que su problema de fertilidad era un problema exclusivamente orgánico, por lo tanto el pronóstico fue poco favorable (las posibilidades de reconocimiento eran pocas en este caso en concreto y a esto había que añadirle el “no” deseo de la paciente de exploración de su situación desde un punto de vista psicológico). De cara a una intervención psicodinámica en estos casos lo que plantea Clement es que la función del clínico debería centrarse en introducir a la mujer estéril en el universo de su conflictiva que puede sujetar e impedir su deseo de concebir. Una respuesta que no fuese rígida defensiva, que no negase este registro de conflictos sería susceptible de tratar si las posibilidades de mentalización lo permitiesen, intentando establecer un vínculo transferencial suficientemente fuerte entre ella y el clínico y abrir un espacio terapéutico.

En otros casos Clement indica que sería más apropiado intentar sensibilizar a la mujer estéril para un trabajo de duelo de la procreación más que de apoyarla en su deseo eventual de entrar en procedimientos médicos cada vez más difíciles, tan intrusivos para su sexualidad como costosos y aleatorios en el plano material. Tal cambio parece más fácil de realizar cuando la mujer tiene la posibilidad de realizarse en tanto que mujer dentro de una pareja a pesar de no poder ser madre. La armonía de la pareja, a pesar del fracaso de la procreación, es entonces un parámetro de primer orden que debe ser considerado. Pero poder reinventar a la pareja implica tener éxito en alejarse lo suficientemente del hijo imaginario. A falta de armonía en la pareja, la posibilidad de la realización de sí misma en el plano profesional puede constituir otra vía de solución, susceptible de movilizar la energía libidinal en el terreno de una sublimación que favorezca la apertura de una nueva opción.

Resulta interesante el trabajo de Christie y Morgan (2000) por el *desarrollo de un grupo de psicoterapia experiencial compuesto por parejas con infertilidad idiopática*.

En su artículo aportan datos relativos a 35 parejas infértiles, 21 de las cuales lograron concebir un hijo (7 después de las sesiones iniciales de evaluación psicológica y 14 después de haber seguido una psicoterapia individual y/o grupal). Estos autores constatan a lo largo de las sesiones de psicoterapia con estos pacientes la existencia de conflictos recurrentes; por ejemplo, observaron que se daban a menudo sentimientos de soledad, sobre todo en las mujeres, percibiendo éstas que nadie podía entender cómo se estaban sintiendo. Otro de los sentimientos que aparecía muy a menudo tenía que ver con la sensación de estas mujeres de sentirse rodeadas de mujeres embarazadas; esto les llevaba a sentir envidia, hostilidad hacia estas mujeres y originaba mucho dolor en la mujer infértil. Los autores también pudieron observar que a menudo estas mujeres tenían sentimientos de hostilidad y odio contra su propia madre (en muchos de los casos una parte del trabajo terapéutico estaba dirigido a que la mujer lograra una relación afectiva adecuada con su madre). La relación de los varones con su padre también fue analizada, encontrándose que el padre era visto a menudo como alguien distante, emocionalmente frío o bien desorganizado a la hora de expresar sus emociones.

Arranz-Lara, Blum-Grynberg y Morales-Carmona (2001) describen la intervención psicodinámica aplicada a 100 mujeres de 25 a 40 años de edad, diagnosticadas de esterilidad primaria y que acudieron a un Servicio de Reproducción para su tratamiento. A todas las pacientes se les realizaron de seis a ocho entrevistas en profundidad, semidirigidas, con el objetivo de facilitar las respuestas a indicadores clínicos previamente establecidos. Una vez realizadas dichas entrevistas se seleccionaron diez casos representativos que fueron analizados en profundidad de acuerdo a una metodología interpretativa denominada teoría fundamentada en los datos.

Dos factores estuvieron presentes de manera central en los diez casos analizados: la estructura narcisista de la personalidad y las expectativas sobre el hijo anhelado. Otros factores relevantes fueron el género, a través del imaginario social y cultural (que relaciona íntimamente la identidad femenina con la maternidad), y las presiones familiares. En cuanto a la variable institución médica no tuvo en la investigación una incidencia significativa en el deseo de maternidad, mientras que los conflictos psicológicos de las pacientes sí que magnificaron los obstáculos burocráticos e institucionales que se les presentaron. También pudo comprobarse que los efectos secundarios de los tratamientos médicos tales como ansiedad o depresión fueron aumentados o disminuidos por las condiciones psicológicas previas de las pacientes.

A partir de los resultados de los 10 casos estudiados en profundidad, de las observaciones preliminares de los 100 casos entrevistados y de otras investigaciones relevantes sobre el tema *se propuso un trabajo de psicoterapia breve focalizado en la paciente estéril que presentara una insistencia a someterse a tratamientos de TRA* (de unos 6 meses de duración) orientado a trabajar conjuntamente con la paciente en la construcción de un proyecto identificador más cercano a su realidad subjetiva y que contemplara no sólo la aceptación de su esterilidad, sino la creación de espacios alternativos de creatividad y realización personal.

En España cabe destacar el trabajo de Bayó-Borrás, Cánovas y Sentís (2005), que

desde un punto de vista psicoanalítico se dirige a los profesionales de salud mental, atención primaria o consultores en centros de reproducción asistida y describe los aspectos emocionales de las parejas a lo largo del proceso que conlleva la infertilidad y su tratamiento con TRA. Proponen de cara a las parejas infértiles un tiempo previo de información, reflexión y elaboración de los efectos emocionales que conlleva la situación de infertilidad. Las autoras presentan y destacan los aspectos emocionales de la infertilidad, el duelo por la infertilidad, la relación con el profesional sanitario, la distinción y confusión entre deseo y demanda de tener un hijo, los motivos no conscientes y lo que significa para el psicoanálisis el deseo de tener un hijo, y la importancia de que la pareja distinga antes de la aplicación de las TRA las diferencias entre deseo de embarazo, deseo de un hijo o de cumplir con la función materna. Finalmente presentan las similitudes y diferencias entre adopción y TRA.

Asimismo cabe destacar los trabajos realizados por Silvia Tubert que analizan, desde la perspectiva psicoanalítica, los discursos sobre la maternidad y paternidad y el deseo de procrear (Tubert, 1991), así como las distintas figuras de la madre a lo largo de la historia hasta la era tecnológica (Tubert, 1996).

4.2.4. Otras aproximaciones psicoterapéuticas

En el abordaje de los problemas psicológicos de la infertilidad se han desarrollado otras aproximaciones terapéuticas como la utilización de la hipnosis y el entrenamiento en imaginación, o las centradas en el modelo cuerpo-mente-espiritualidad.

La hipnosis ha sido muy utilizada en el campo de la ginecología. Se ha utilizado como anestésico en el parto, en irregularidades menstruales o disfunciones sexuales. Algunos autores sugieren que su aplicación en infertilidad puede producir la relajación de las trompas de Falopio y facilitar el embarazo. Mikesell (2000) desarrolla un capítulo sobre la aplicación de la hipnosis y técnicas de imaginación aplicadas en infertilidad y tratamientos de TRA indicando los principales autores que han aplicado dichas técnicas en el contexto de la infertilidad, como por ejemplo Zolbrod o Gravitz, que desarrollaron programas centrados en *relajación, aumento de auto-confianza y auto-estima, sugestión directa e imaginación* con el fin de facilitar el movimiento de las trompas e inhibir las respuestas de estrés durante los tratamientos de infertilidad. En los casos analizados resultó efectiva la hipnosis e imaginación. Según Mikesell su utilidad puede aumentar si son usadas en combinación con otras técnicas para fortalecer el ego, imaginar, relajar, calmar y acelerar el proceso de embarazo.

Creemos importante citar desde el modelo *bio-psico-socialespiritual de salud* el Programa Mente-Cuerpo-Espíritu *Eastern Body-Mind-Spirit (EBMS; Chan, Chan, Ng, Ng y Ho, 2005)* desarrollado para su aplicación en población china. Desde esta perspectiva existe una interconexión entre los aspectos físicos, emocionales, cognitivos, sociales y espirituales. La energía fluye a través del cuerpo para crear armonía y

equilibrio y conseguir dicha armonía no sólo cura enfermedades y resuelve problemas sino que proporciona bienestar y abre una oportunidad al crecimiento y a la transformación, así como incrementa la resistencia individual a la salud y a otros estresores externos. Los principales objetivos del EBMS se centran en 1) enseñar a los participantes a hacer frente a los tratamientos de TRA de forma positiva, 2) enseñarles el acercamiento holístico dirigido a conseguir un bienestar global, 3) construir un estilo de vida saludable, 4) convertir la crisis de la infertilidad en un crecimiento y transformación personal y 5) facilitar un apoyo mutuo y construir apoyo entre los participantes. Para ello proponen 3 sesiones por semana durante cuatro semanas y en grupos de alrededor de 7-12 participantes en las que realizan una intervención multi-modal con ejercicios dirigidos al cuerpo, mente y espíritu.

4.3. Presentación del Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset *et al.*, 2007) para su aplicación en Unidades de Reproducción Humana

La propuesta que se presenta a continuación es fruto de casi una década de investigación en contacto directo con parejas infértiles que acuden a las TRA.

A continuación presentamos el proceso a través del cual se ha llegado al desarrollo del *Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset, Ávila, Antequera, Jenaro, Gómez y De Castro, 2007)*, así como sus principales características y contenidos.

4.3.1. Origen del PAPI

La propuesta PAPI (Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad) surge, como explican Ávila y Moreno-Rosset (2008), a partir del programa de Intervención Psicológica en Técnicas de Reproducción Asistida (IPTRA; Moreno-Rosset, 2003, Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2005), pensado para ser integrado en el tratamiento médico con TRA de forma que las parejas recibieran simultáneamente ambas intervenciones, como lo habían propuesto otros autores (Lu, Yang y Lu, 1995; Miranda, Larrazábal y Laban, 1996) y teniendo en cuenta que se presuponía que aumentaría su eficacia si se aplicaba desde el inicio de los tratamientos médicos (Domar, Clapp, Slawsby, Dusek, Kessel y Freizinger, 2000).

Si bien los contenidos del programa fueron evaluados positivamente por las parejas que participaron en el estudio, se observó un considerable porcentaje de abandonos, especialmente en algunas de las sesiones del IPTRA que coincidían aproximadamente con mitad del tratamiento médico, en el momento de aplicar las TRA. La programación

de las sesiones de apoyo psicológico los mismos días que acudían las parejas a tratamiento médico hacía que la importancia de éste prevaleciera sobre las sesiones de ayuda y apoyo psicológicas a pesar de la valoración positiva realizada por las parejas. En consecuencia, el objetivo de rentabilizar las citas o el tiempo que las parejas tenían que destinar a desplazarse a la Unidad de Reproducción para ofrecer el IPTRA no resultó ventajoso en determinados momentos del proceso de tratamiento de TRA (Moreno-Rosset, 2003).

De esta forma es como introdujimos en el siguiente estudio (Moreno-Rosset, 2007) variaciones en aspectos metodológicos, de diseño, etc. y por supuesto en la organización de la intervención psicológica dando lugar a nuevas propuestas de apoyo e intervención psicológicas en infertilidad (Ávila y Moreno-Rosset, 2008), que son las que han permitido elaborar el Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno Rosset *et al.*, 2007) que presentamos en esta obra y que está específicamente pensado para ser aplicado en las Unidades de Reproducción. Posee la ventaja de haber sido diseñado para poder administrarse caso a caso y con el objetivo de realizar una labor más preventiva que interventiva. Esta premisa ha sido apoyada por otros autores como Campagne (2008), que explica la importancia de reducir el estrés antes del comienzo del tratamiento de fertilidad y añade que proteger al embrión temprano del estrés agudo producido por o durante el tratamiento de fertilidad debe ser tratado exclusivamente con técnicas o tratamientos psicológicos, apoyados con ajustes dietéticos y cambios en el procedimiento. Asimismo alude Campagne a que el enfoque debe ser ajustado diferencialmente a hombres y mujeres y para todo ello indica la necesidad de establecer los niveles de estrés previos al tratamiento de fertilidad, aspecto que ha sido destacado en el anterior capítulo sobre “Evaluación psicológica”.

En eso se basa la investigación: poseer un tema de estudio, establecer una metodología de trabajo, seleccionar adecuadamente la muestra, establecer el diseño experimental, elegir instrumentos de evaluación con adecuadas garantías psicométricas, plantear las hipótesis, el procedimiento, etc., con el fin de comprobarlas o refutarlas. Es así como se avanza en todos los campos científicos. Para todo ello se requiere información, formación, un trabajo en equipo, realizar sesiones de grupo para intercambiar información entre los distintos profesionales, reflexionar sobre los principales momentos de atención al paciente y sobre los protocolos médicos de TRA con el fin de ver la forma de aplicar el diseño de estudio para que puedan beneficiarse los pacientes del trabajo de investigación. Ése debe ser el objetivo final en Psicología de la Salud: diseñar investigaciones que permitan ofrecer a los pacientes, o mejor dicho a los usuarios de las TRA, una atención global e integral que aumente la salud y el bienestar psicofísico.

Todo ello se consigue leyendo y estudiando a fondo los trabajos realizados por otros investigadores e integrando conocimientos interdisciplinarios. Queremos llamar la atención de nuevo sobre los trabajos desarrollados por la Dra. Alice D. Domar y colaboradores, algunos de los cuales han sido criticados por aplicar el Programa Cuerpo-Mente para la Infertilidad a una muestra elevada y finalizar el estudio con una muestra

mucho más reducida. Quizá en los estudios de Domar puede haber ocurrido algo similar a lo acontecido en nuestro primer estudio (Moreno-Rosset, 2003), en el que al igual que Domar constatamos resultados positivos y beneficiosos del programa IPTRA en las parejas que participaron sin embargo se dio, asimismo, un considerable porcentaje de ausencias en determinadas sesiones. Sobre el abandono cabe señalar que en los tratamientos médicos con TRA es elevado siendo tema de preocupación e investigación de muchos autores (Domar, 2004, Smeenk *et al.*, 2004, Rajkhowa, Mcconnell y Thomas, 2006, entre otros). Todos estos datos deben hacernos reflexionar a todos los profesionales sobre qué aspectos mejorar, cambiar, introducir, eliminar, etc. con el fin de ofrecer un mejor servicio y atención a las parejas infértiles.

4.3.2. Principales características del PAPI

Es necesario recordar todo lo hasta aquí expuesto para entender los fundamentos y principales características del Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset *et al.*, 2007). El estudio y tratamiento de la infertilidad conlleva distintas fases físicas y emocionales y en función de los recursos adaptativos a las mismas puede aparecer un desajuste emocional o incluso trastornos de la ansiedad y del estado de ánimo. Como se ha indicado, la evaluación psicológica es necesaria desde el primer momento en que llegan las parejas a la Unidad con el fin de conocer los sujetos con mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos psicológicos y detectar aquellas personas con una psicopatología.

El PAPI es un Programa pensado para prevenir o reducir los niveles de estrés que acompañan al proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. Por consiguiente ofrece el apoyo, acompañamiento y orientaciones psicológicas específicas para cada una de las distintas fases del proceso de diagnóstico y tratamiento con TRA, con el fin de mantener el equilibrio y ajuste emocional, así como incrementar los recursos y estrategias de afrontamiento de los usuarios de las TRA. En aquellas parejas en las que se detecte algún trastorno psicopatológico será asimismo de utilidad, siempre que se acompañe de la aplicación de técnicas psicoterapéuticas centradas en solventar el problema específico detectado.

Por otra parte el PAPI está pensado para poder ser integrado en las Unidades de Reproducción y para ello es necesario contar con la colaboración del equipo médico en cuanto a que la integración no sea solamente técnica o de procedimiento sino asimismo profesional. Por ello, en el PAPI incluimos información sobre los aspectos psicológicos más eficaces para establecer una buena relación empática entre el equipo médico y los usuarios de las TRA.

4.3.3. Importancia de promover una labor integradora e interdisciplinaria

Como decimos, es importante la colaboración entre todos los profesionales de la Unidad de Reproducción, especialmente del grupo de enfermería que con mayor o menor especialización (diplomados, auxiliares o técnicos de cuidados auxiliares) tienen la responsabilidad de una parte muy importante del proceso de asistencia sanitaria. La atención directa y continuada al paciente y la necesidad, cada vez más aceptada, de mejorar la humanización de la asistencia, exigen una mejor preparación. De la antigua relación médico-enfermo se ha pasado en la actualidad a una relación clínica en la que intervienen múltiples profesionales sanitarios, por lo que los profesionales de enfermería realizan una constante labor de equipo de carácter multidisciplinaria en la que cada uno complementa a los demás (jefes de servicio, cirujanos, analistas, etcétera).

Por otro lado, en el siglo ^{xx}I, el enfermo deja de ser paciente (pasivo) para convertirse en agente (activo) o cliente-usuario. La forma en que se concretó la respuesta médica a esta demanda de los enfermos ha sido el consentimiento informado. Laín Entralgo explica en su libro “El médico y el enfermo” la relación de dependencia e infantilización que existía en la antigüedad *“al igual que el niño confía en que su padre elegirá lo mejor para él, el enfermo debía confiar en su médico, pero con actitud sumisa, dócil, no reivindicativa, obedeciendo las indicaciones y sin hacer preguntas”*. La bioética actual insiste en el principio de autonomía (el médico no debe tomar decisiones que puedan ser tomadas por sus pacientes, sino informarles de cuanto necesiten saber para que ellos mismos puedan decidir). En este sentido, las enfermeras y enfermeros ofrecen al enfermo la posibilidad de contribuir a su restablecimiento y, sobre todo, a su bienestar psicofísico posibilitando la expresión de sus preocupaciones, tensiones, miedos, de forma que el paciente sea un agente activo de su salud.

Las funciones del personal de enfermería que acabamos de indicar influyen directamente en la enfermedad de un paciente, su restablecimiento y su bienestar psicofísico. En las Unidades de Reproducción Humana las enfermeras forman parte del equipo multidisciplinario y realizan una atención especializada (Matorras, Hernández y Molero, 2008). Son muchas las tareas que en cada fase de diagnóstico o tratamiento de la infertilidad realizan los profesionales de enfermería y en las que no vamos a entrar en detalle, sin embargo, como parte del Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset *et al.*, 2007) se destacan algunas recomendaciones dirigidas a dichos profesionales con el fin de promover aspectos psicológicos relacionales con las parejas infértiles.

4.3.4. Aplicación del PAPI

La aplicación del PAPI se llevará a cabo tras la evaluación psicológica inicial. Como se ha

comentado en el anterior capítulo, se recomienda iniciar el proceso de evaluación psicológica a la vez que la anamnesis médica con el fin de obtener una línea base de aspectos tanto físicos como psicológicos de la pareja. El equipo médico que atiende en primera instancia a la pareja es quien debiera informar de la composición interdisciplinar de la Unidad en la que se incluiría la función del psicólogo en cuanto a prevenir o mantener el equilibrio emocional durante el proceso de estudio y tratamiento de TRA.

En el primer contacto del psicólogo con los usuarios de las TRA será importante explicar a las parejas la utilidad de recabar información a través de la entrevista y cuestionarios con el fin de establecer una ayuda psicológica personalizada y ajustada a cada caso en particular. Al finalizar este primer contacto, es conveniente establecer la siguiente cita y explicar que las sesiones preventivas o de reducción del estrés que se iniciarán permitirán mantener o conseguir un estado de equilibrio emocional necesario para afrontar el proceso de diagnóstico y/o tratamiento con TRA.

Por tanto, las primeras sesiones del PAPI se aplicarán preferentemente durante la realización de las pruebas diagnósticas o en el espacio de tiempo disponible antes de iniciar los tratamientos médicos de la infertilidad, llevando a cabo un seguimiento durante los tratamientos y tras su finalización.

4.3.5. Contenidos del PAPI

Como indican Ávila y Moreno-Rosset (2008) y Moreno-Rosset y Ávila (2009), las primeras sesiones del PAPI deben destinarse a promover la comunicación empática, para ello se utilizarán las siguientes estrategias:

- Mostrar interés auténtico, comprensión genuina y sintonía emocional con la pareja.
- Dar valor a las experiencias que hayan podido vivir en fases previas a la llegada a la Unidad.
- Reconocer y gestionar los sentimientos de soledad, impotencia, desconcierto, desorientación existencial.
- Desdramatizar la situación.
- Calmar ansiedades frente posibles preocupaciones, miedos o temores actuales.
- Reestructurar posibles pensamientos negativos intensos.
- Promover la expresión de emociones y la confianza en sí mismos.
- Facilitar una comunicación más fluida y empática entre la pareja (escuchar al otro; pensar desde el otro) transformando el drama en una experiencia sentida y pensada con el otro. Recuperar lo lúdico y gratificante en la pareja, el humor.
- Establecer expectativas de logro, de éxito. Que adquieran el sentido de “Agentes” que hacen lo posible, no meros “Pacientes” o “Víctimas” de la situación.
- Ir introduciendo límites y alternativas (se puede vivir bien y disfrutar de la vida de

otras formas; otros modelos y experiencias).

Las principales técnicas de que consta el PAPI son 1) las de relajación, 2) las dirigidas a la solución de problemas y control de las cogniciones, 3) las dirigidas a adquirir habilidades sociales y de funcionamiento adaptativo y 4) las orientadas al asesoramiento de apoyo emocional y consejos prácticos para momentos difíciles. A continuación se describen los contenidos específicos de estas técnicas aplicadas en el contexto de la infertilidad.

1) *Entrenamiento en técnicas de relajación*

La relajación deberá ser prioritaria y mantenerse a lo largo del proceso. La técnica de Jacobson enseña a tensar grupos de músculos y relajarlos y es recomendable para que las personas distingan al inicio de la práctica la diferencia entre tensión-relajación. Las técnicas basadas en la respiración permiten adentrarse en percepciones corporales más sensoriales pero en las personas con rasgos de ansiedad es mejor empezar por las técnicas de relajación muscular e ir introduciendo paulatinamente la respiración.

Se aprende antes a tensar-destensar grupos de músculos que aprender a respirar correctamente. La mayor parte de las personas respiran hasta el pecho, por lo que precisa mayor entrenamiento y más tiempo conseguir una respiración diafragmática y abdominal. Profundizar en la respiración es una tarea para realizar en la consulta psicológica, puesto que algunos pacientes pueden sentirse incómodos e incluso nerviosos al inicio de su práctica. El psicólogo deberá enseñar las posturas y prácticas más adecuadas para conseguirla. Inhalar, retener y espirar son los pasos adecuados que podemos acompañar de un conteo mental, de imaginar distintos colores del aire que entra en nuestros pulmones y se desliza hasta nuestro abdomen y aparato reproductor, etc.

La relajación también puede servir para eliminar determinados pensamientos negativos recurrentes, sustituyéndolos por otros de carácter positivo e introduciendo imágenes agradables y relajantes. En este sentido, la meditación puede ser útil porque puede centrarse en la repetición de un sonido o de una sola palabra o frase. Cada vez son más los beneficios que se le atribuyen a las técnicas de meditación en temas de salud puesto que además de relajar, permiten aprender a pensar positivamente.

Por consiguiente, podremos enseñar la respuesta de relajación a través de diversas técnicas musculares, autógenas, meditación, entrenamiento en imaginación, yoga, etc. El PAPI utiliza el CD y registros de relajación publicados en la Guía de Autoayuda de Moreno-Rosset (2009b). Asimismo y para quienes practiquen yoga se recomienda el DVD de Yoga para la fertilidad (2005).

2) *Entrenamiento en técnicas dirigidas a la solución de problemas y control de*

las cogniciones

En los casos de infertilidad es habitual que se manifiesten pensamientos recurrentes que resultan difíciles de manejar. En estos casos cualquiera de las técnicas cognitivas para su control resultará de utilidad.

La técnica de solución de problemas sirve para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones, para aliviar los sentimientos de impotencia o rabia asociados a problemas crónicos como puede ser la infertilidad. Son fáciles de aplicar porque no requieren un entrenamiento prolongado, automatizándose su práctica tras pocos días de utilización. Además, en los casos de infertilidad pueden servir para evaluar consecuencias a corto plazo y promover alternativas útiles más a largo plazo ya que promueve la definición del problema relacionado con sus posibles soluciones.

Otra de las técnicas útiles es la de prevención de respuesta, ya que existen distintos momentos que se pueden prever en los casos de infertilidad tanto si la pareja está en la fase diagnóstica como de tratamiento de TRA o si ha decidido cambiar esta alternativa por otra. A grandes rasgos consiste en exponer al sujeto a aquellos estímulos que supuestamente provocarán determinados pensamientos, sentimientos y conductas. El objetivo en este caso concreto deberá consistir en analizar las alternativas posibles junto a los pensamientos, sentimientos y comportamientos que eliminen ansiedad o sufrimiento psíquico. Esta técnica precisa de una cierta capacidad de autocontrol por parte del sujeto, que se supone podrá haber adquirido a través de las técnicas de relajación.

La clarificación de valores sirve para reducir la ansiedad cuando una persona no sabe qué hacer ante una situación o se pregunta si ha hecho la elección correcta. En los casos de infertilidad, elegir cuándo terminar los tratamientos, elegir la alternativa más adecuada: las TRA, la adopción, vivir sin hijos, es siempre difícil. La realización de un listado de valores, el estudio de las alternativas posibles y la consideración de las consecuencias de cada una será de enorme utilidad. El “deseo de un hijo” puede variar dependiendo del valor atribuido por el propio sujeto, la pareja, la familia de origen y la sociedad. Por tanto, conocer las influencias y creencias tanto internas como externas permitirá resituar el valor de “un hijo” afirmando nuevas creencias que se consideren más apropiadas para el equilibrio personal, de pareja, familiar y social.

El aprendizaje de otras técnicas de reestructuración cognitiva requiere mucho más tiempo, sin embargo, siempre se puede introducir alguna táctica fácil y útil para detectar aquellos pensamientos que están provocando estados ansiosos y/o depresivos en los pacientes, propiciando la detención de dichos pensamientos y el cambio de las cogniciones.

Todo procedimiento que apliquemos deberá ser convenientemente evaluado a través de la entrevista y con la cumplimentación de registros que muestren que se están utilizando adecuadamente las técnicas y, además, pueda verse la evolución y cambios cualitativos y cuantitativos. En Moreno-Rosset

(2009a y 2009b) pueden consultarse gran parte de estos materiales.

3) *Entrenamiento en técnicas dirigidas a adquirir habilidades sociales y de funcionamiento adaptativo*

Como es sabido, el proceso de infertilidad y su tratamiento puede alterar la comunicación o relación de pareja, así como se establecen dificultades para comunicarse con los familiares y amigos a los que se decide contar o no el problema. Por ello en la temática que nos ocupa será imprescindible aplicar: a) estrategias de comunicación con la pareja y resolución de posibles conflictos (Flores, Jenaro y Moreno-Rosset, 2008); b) estrategias de comunicación social: técnicas de comportamiento asertivo y c) aprendizaje de habilidades sociales. En el caso de detectar algún trastorno sexual, será útil la utilización del Manual terapéutico de Musé (1994).

El primer paso deberá ser siempre identificar aquellas situaciones sociales que causan intranquilidad o malestar a la persona, así como anotar la forma habitual de responder o reaccionar ante las mismas. A partir de ahí, podremos enseñar otras formas de expresar opiniones, deseos, solicitudes, etc. El aprendizaje en expresión de emociones, comportamiento asertivo y uso del humor son básicos para que las personas infértiles adquieran control de la situación y de sus vidas. Las técnicas o procedimientos terapéuticos deberán acompañarse de ejemplos aplicados a casos de infertilidad, con el fin de convertirlos en didácticos y fáciles de entender. Un ejemplo podría ser el siguiente:

– *Descripción de la situación:*

Siempre que veo a mi vecina Ana me pregunta: ¿No queréis tener hijos?

– *Forma habitual de actuar:*

Cuando la veo me escondo o cruzo la calle porque ya no sé qué responderle.

En este ejemplo podemos enseñar a utilizar distintas técnicas asertivas que permitan manejar esta situación con éxito y que, una vez se adquiere su dominio, proporcionan sensación de seguridad y control en las relaciones familiares y sociales. Algunas de las técnicas para manejar críticas pueden ser las siguientes:

Respuesta de Banco de niebla: Efectivamente, no queremos.

Ana insiste: Pues ya sabes que siempre te digo que los tengas, que si no...

Respuesta de Disco rayado: Agradezco tu interés, pero es que ahora no queremos.

Ana vuelve a la carga: ¿No será que no podéis?

Respuesta de interrogación negativa: ¿En qué te basas para decir eso?

Ana responde: En nada, en nada, sólo es que me rehúyes cuando me ves y creo que es porque siempre te pregunto lo mismo.

Respuesta de aserción negativa: No voy a negar que efectivamente me molesta, por lo que te agradecería que no me lo preguntases más.

Ana, bajando el tono dice: Lo siento, tienes razón, no se repetirá.

Cualquiera de las habilidades sociales que desarrollen los pacientes deberá dirigirse a todos los canales posibles de comunicación tanto verbal como no verbal. En ocasiones el simple hecho de no responder de inmediato, de silenciar la respuesta, puede proporcionar que la persona que hace la pregunta no la repita, o la haga de otra manera distinta a la que sea más fácil responder. La mirada, la voz, los gestos, la postura corporal, la distancia física pueden ser elementos de gran ayuda y fáciles de dominar.

4) *Procedimientos de asesoramiento de apoyo emocional y de consejos prácticos para momentos difíciles*

Las parejas infértiles requieren apoyo emocional, sentirse comprendidos y entendidos en todas las dimensiones de su problema. Además, cada persona puede tener dificultades en afrontar determinados momentos o aspectos, que para otras, pueden no ofrecer ninguna dificultad.

Resumimos en el [cuadro 4.1](#) algunos de los momentos más dificultosos para las parejas y los consejos o asesoramiento más adecuados que deberá llevar a cabo el terapeuta. También puede consultarse Ávila y Moreno-Rosset (2008) y Moreno-Rosset y Ávila (2009).

Cuadro 4.1. Consejo o asesoramiento en los momentos difíciles. Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset et al., 2007)

<i>Momentos difíciles</i>	<i>Consejo o asesoramiento</i>
Realizar preguntas, plantear dudas al equipo médico.	Anotar en una libreta las cuestiones que se van a plantear, leyéndolas en la consulta médica, sin prejuicios, y anotando las respuestas recibidas.
Cuando el tema de conversación con la pareja se centre exclusivamente en los hijos, embarazo...	Limitar el tiempo de conversación a sólo cinco minutos, pues hablar más no soluciona el problema.
Cambios en las relaciones sexuales debidas a las pautas de tratamiento médico.	Explicar que la no recomendación o prohibición de relaciones sexuales en determinados momentos del tratamiento médico sólo hace referencia al coito, pudiendo practicar otras conductas íntimas como abrazos, besos, caricias, etc.
	Se recomendará realizar la relajación antes de

Aplicación de la inseminación en IA, o de la punción y transferencia en FIV o ICSI	acudir a la Unidad y durante la inseminación, punción o transferencia visualizar mentalmente las imágenes agradables que se habrán elicitado e incorporado durante la práctica del ejercicio de relajación.
La fase de espera de resultados: esta fase es una de las más difíciles porque pueden sobrevenir pensamientos recurrentes, conductas obsesivas, etc.	Se recomendará realizar conductas de ocio y distracción: juegos, aficiones, visitas a familiares o a amigos, ir de compras, etc. Asimismo serán útiles la práctica de la relajación y las técnicas de reestructuración cognitiva.
El día de la prueba de embarazo	Con anterioridad, se deberá establecer una prevención de respuesta tanto en el supuesto de que se produzca el embarazo como si no se produjese, llevando a cabo en cualquiera de las dos posibilidades las acciones que se hayan previsto.
Cuando se hayan aplicado repetidos tratamientos sin éxito	Será conveniente valorar otras alternativas y tomar decisiones haciendo una valoración de cada una de las alternativas, ventajas, inconvenientes, aspectos positivos y negativos, etc.
En momentos de incertidumbre, de dudas y desorientación	Marcar objetivos, ordenarlos y describir las estrategias para su logro.
Cuando la pareja sólo construye su vida en función del único proyecto de conseguir un hijo	Realizar un listado de Proyectos y actividades que se pueden realizar con hijos y sin hijos, con el fin de comprobar los beneficios de ambas situaciones de vida.

4.3.6. Organización del PAPI

Aunque los contenidos se hayan presentado secuencialmente, como decimos el *Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno Rosset et al., 2007)* debe organizarse en función de cada caso en particular y del proceso de estudio y tratamiento de infertilidad propia de la Unidad de Reproducción Humana en el que se vaya a desarrollar. Por ello, como se ha comentado, será imprescindible conocer los protocolos médicos y establecer el mejor procedimiento de administración que facilite el funcionamiento de la Unidad y beneficie a los usuarios de la misma.

Evaluación e intervención son un continuo en las ciencias de la salud. Se evalúa

para intervenir, para conocer el estado de salud y solucionar los problemas que aparezcan. La línea base o evaluación pre-tratamiento psicológico es la que determinará que se haga mayor o menor énfasis en la aplicación de determinadas técnicas de apoyo o intervenciones psicológicas. El proceso concreto en el que se encuentre cada pareja: diagnóstico, tratamiento, repetición de tratamiento, cambio de la TRA, asimismo determinará sus necesidades y por tanto la labor psicológica que se vaya a realizar. Por tanto, se trata de que cada psicólogo incorpore las estrategias y técnicas descritas con anterioridad al protocolo de tratamiento de la Unidad y al caso concreto de la pareja que vaya a atender. Para ello dispone de técnicas de evaluación descritas en el capítulo anterior y que le serán de enorme utilidad en la intervención psicológica. Las pautas de entrevistas de los cuadros 3.1, 3.2, 3.3 y 3.4 permitirán obtener la información necesaria en las principales fases del proceso: primer contacto, diagnóstico de infertilidad, tratamiento de TRA o después de finalizarlo. Asimismo los registros APEF, AIA, AFIV orientarán las acciones de ayuda adecuadas durante el proceso de Estudio de la Fertilidad, durante el tratamiento de IA o de FIV, respectivamente. Otras recomendaciones u orientaciones profesionales pueden consultarse en Ávila y Moreno-Rosset (2008) y Moreno-Rosset y Ávila (2009), así como se pueden obtener otros autorregistros o materiales para el apoyo e intervenciones psicológicas en infertilidad y reproducción asistida en Moreno-Rosset (2009a y b).

Con el fin de ilustrar el modelo de aplicación propuesto por el PAPI seguidamente presentamos un ejemplo de un caso de tratamiento de FIV. En la columna de la izquierda del Cuadro 4.2 detallamos el procedimiento establecido por la Unidad de Reproducción Humana y en la columna de la derecha anotamos un esquema de la organización del PAPI ajustado al supuesto protocolo.

Cuadro 4.2. Ejemplo de la organización del PAPI aplicado a un caso de tratamiento de FIV

<i>Protocolo de FIV</i>	<i>Organización del Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset et al., 2007)</i>
Primera cita: apertura de la historia clínica	Primera evaluación psicológica. Primera entrevista EPAI y aplicación del autoinforme DERA. Entrega del Autorregistro durante el Proceso de Estudio de la Fertilidad (APEF).
	Primera sesión del PAPI: Revisión del autorregistro APEF, orientaciones pertinentes en función del mismo y que continúen con su cumplimentación mientras estén con las pruebas diagnósticas. Enseñanza de la práctica de

Analítica del tercer día del ciclo (mujer)

relajación a ambos miembros de la pareja, entrega de la Guía de Autoayuda con el CD y registros de relajación para su práctica diaria.

Ofrecer orientaciones específicas al hombre para estar relajado ante la obtención de la muestra de semen: ejercicios de respiración, relajación breve que se incluyen en la Guía de Autoayuda (Moreno-Rosset, 2009b).

Analítica del décimo día del ciclo (mujer) y seminograma (hombre)

Segunda sesión del PAPI:

Explorar cómo les van los análisis, qué sienten, qué piensan, etc. (Revisar autorregistro APEF).

Se debe estar especialmente atento a mujeres con baja reserva ovárica ya que la analítica hormonal del décimo día informa de la misma. Asimismo, se debe atender posibles preocupaciones del hombre sobre su seminograma u otros aspectos. Revisar la práctica de relajación realizada durante una semana. Ver registros y aclarar dificultades o dudas e insistir en continuar con los ejercicios diarios.

Se trata de una “sesión abierta al caso” y orientada a las características personales y psicológicas de cada paciente, por lo que se les prescribirán las tareas que sean oportunas y que deberán ser mínimas para que su efecto sea el mayor posible.

Otras pruebas

Siguientes sesiones del PAPI: Se trata de programar las siguientes sesiones en función de que existan más o menos pruebas diagnósticas.

Entrega del diagnóstico y prescripción de tratamiento de FIV

Aplicación de la entrevista para después de la entrega del diagnóstico (EDDI). Comprobar cómo se sienten frente a la información diagnóstica, pronóstico y tratamiento de TRA propuesto, preocupaciones, miedos, relación de pareja, etc. Revisar Autorregistro APEF, especialmente la última parte. Comprobar la práctica de la relajación y de otras tareas prescritas incluidas en la Guía (Moreno-Rosset, 2009b). Entregar Autorregistro durante el tratamiento de Fecundación in Vitro (AFIV) y registros de relajación.

Controles de frenaje y estimulación ovárica

Aplicación de la entrevista durante el tratamiento de TRA (ETRA-1). Revisión del autorregistro AFIV y de relajación. Dado que las sesiones de apoyo se orientan hacia las necesidades de cada caso, se observa que en este ejemplo, la pareja adolece de apoyos sociales por no saber cómo comunicarse con familiares y amigos próximos, por lo que se realizan orientaciones y se aplican técnicas dirigidas a adquirir habilidades sociales que permitan obtener mayores apoyos.

Cancelación del tratamiento por falta de respuesta ovárica

La cancelación de ciclo no es lo habitual en los tratamientos de TRA, pero cuando ocurre puede significar una pérdida acompañada en este caso concreto de sentimientos de culpa y de atribuciones internas. Esta sesión del PAPI se dedicará, por tanto, a tratar los posibles sentimientos y necesidades ante la interrupción del tratamiento y dado que deberá descansar un ciclo completo hasta volver a reanudar otro tratamiento de FIV, se propone realizar un par de sesiones adicionales destinadas a mejorar la autoestima, así como variar el estilo de atribución interna. Para ello se utilizarán técnicas dirigidas a la solución de problemas y control de las cogniciones.

Como puede observarse en el ejemplo descrito en el [cuadro 4.2](#) se ha organizado la aplicación de las técnicas del Programa PAPI en función del proceso y necesidades concretas del caso y siempre acompañadas de las estrategias psicológicas detalladas en el [apartado 4.3.4](#). Contenidos del PAPI y con los materiales disponibles en Moreno-Rosset (2009a y b). Por tanto, no se trata de un Programa con un número determinado de sesiones ni tampoco con contenidos secuenciales, sino que tanto el número de sesiones como sus contenidos pueden variar en función de las características de las personas, del protocolo de la Unidad, del diagnóstico y tratamiento que se aplique y de las posibles dificultades o variaciones que puedan darse durante el mismo. Se trata de realizar una labor psicológica preventiva con el fin de establecer el equilibrio emocional necesario, así como el control en distintas situaciones, ofreciendo a los usuarios de las TRA herramientas necesarias para afrontar en las mejores condiciones psicológicas los momentos más difíciles que se les puedan presentar a lo largo del proceso.

Son diversas las situaciones que pueden darse en los casos de infertilidad y que pueden requerir distintos tipos de apoyo o ayuda psicológica. En el [cuadro 4.3](#) se anotan las principales orientaciones psicológicas para aplicar en los momentos de diagnóstico y tratamiento de TRA, con especial atención a los casos que requieren donantes de

gametos. Para mayor información puede consultarse Moreno-Rosset y Ávila (2009).

Cuadro 4.3. Recomendaciones de apoyo psicológico (PAPI; Moreno-Rosset et al., 2007)

<i>Situación</i>	<i>Recomendaciones de apoyo psicológico</i>
Entrega del diagnóstico	<p>La información sobre el diagnóstico de infertilidad puede tener distintas connotaciones emocionales, sobre todo si incluye compartir la reproducción con terceros. El psicólogo debe promover la expresión de las emociones provocadas en cada miembro de la pareja, comprobar si han entendido las explicaciones del ginecólogo y ofrecer un asesoramiento informativo sobre las ventajas de conocer el problema y su solución. Cuando se requiere la utilización de gametos de donantes, se deberán clarificar las dudas, promover la toma de decisiones, revisar las distintas alternativas y elegir la mejor en función del sistema de valores de la propia pareja, reestructurar posibles pensamientos irracionales y utilizar técnicas de solución de problemas. Será importante orientar hacia que consulten o pregunten al ginecólogo o al embriólogo todos aquellos aspectos relativos a los tratamientos que van a recibir.</p>
Tratamientos de TRA con gametos de la propia pareja	<p>Los distintos tratamientos pueden conllevar distinto tiempo y mayores o menores riesgos y molestias. En las sesiones que se realicen durante el tratamiento médico conviene estar atento a las mismas, eliminando las preocupaciones, miedos, intranquilidades a través de las técnicas de relajación y control de las cogniciones que puedan estar interfiriendo.</p> <p>En los momentos clave de aplicación del tratamiento de TRA, los días destinados a la inseminación (en tratamientos de IA) o a la punción ovárica y transferencia embrionaria (en tratamientos de FIV o ICSI) conviene que el psicólogo oriente y apoye a la pareja antes de su</p>

realización, potenciando la aplicación de estrategias adquiridas como la relajación, control mental, etc. así como conviene pasar a visitar a las parejas en la sala de reposo una vez realizadas la inseminación, punción o transferencia de embriones con el fin de promover y recordar las indicaciones y recomendaciones realizadas para los días venideros de espera de los resultados.

Durante la fase de espera de resultados proponer una cita de seguimiento que incluso puede realizarse por teléfono o por e-mail, con el fin de comprobar que se están siguiendo las indicaciones y recomendaciones psicológicas y ofrecer el apoyo emocional necesario.

Tratamientos de TRA con gametos de do - nantes

Una vez tomada la decisión de iniciar un tratamiento con donantes de gametos, será necesario aumentar la expresión y comunicación de la pareja, promover la auto-confianza y la auto-reflexión sobre el verdadero motivo y la toma de decisiones en función de establecer las ventajas e inconvenientes que puede llegar a tener un tratamiento de TRA con terceras partes involucradas, para alcanzar el objetivo de conseguir un hijo con el menor coste emocional y de pareja. Durante el tratamiento de TRA se aplicarán las mismas indicaciones de apoyo emocional, visitas y contactos con la pareja descritos para los tratamientos de TRA convencionales.

4.3.7. Recomendaciones para los profesionales de la Salud de las Unidades de Reproducción Humana

En el Programa Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset *et al.*, 2007) se incluyen algunas recomendaciones para establecer una optima relación entre los profesionales sanitarios que trabajan en la Unidad de Reproducción Humana, muy especialmente con aquellos que mantienen mayor contacto con los usuarios de las TRA, enfermeras, ginecólogos y embriólogos.

– *Primeras visitas a la Unidad de Reproducción Humana.* Los primeros minutos de contacto con la pareja son importantes para transmitir confianza y seguridad a los usuarios. Seguidamente listaremos una serie de comportamientos que pueden aumentar la satisfacción de las parejas infértiles:

- Saludar (primer contacto) e invitar a sentarse. Dirigirse a los usuarios por su nombre de pila.
- Hablarles pausadamente.
- Escuchar prestándoles atención: mirarles a los ojos, mantener silencio, no hacer otras cosas, salvo anotaciones relativas a su explicación.
- Prestar atención a su lenguaje verbal, gestual y mixto: expresiones sonoras, suspiros, exclamaciones, tos, tics, etc.
- En el caso de tener que explorarle, las manos deberán transmitir apoyo, alivio o relajación en la percusión, la tactación o la palpación.
- Hacerles preguntas para cerciorarse de que han entendido las explicaciones o indicaciones médicas.
- Indicarles claramente cuándo deben volver a la URH; si tienen que recoger resultados de pruebas que se realicen o éstas son enviadas a la consulta directamente.

– *Entrega del diagnóstico de infertilidad*

- Explicar el diagnóstico acompañado de las posibles soluciones a la enfermedad o dolencia del usuario.
- Interesarse por lo que siente frente a la infertilidad, sus miedos o temores y sus preocupaciones.
- Responder con realismo pero ofreciendo apoyo hasta donde se pueda llegar a solucionar o no el problema.
- Averiguar el entorno social del enfermo. Saber con qué otros apoyos va a contar.
- Detectar las posibles interpretaciones negativas que los pacientes puedan tener ante su infertilidad o esterilidad, y orientar hacia una reinterpretación positiva y, en el caso de persistir las ideas o creencias irracionales informar al psicólogo de la Unidad.
- Prestar atención a las variables sociodemográficas: la edad, género, familia, apoyos sociales, recursos económicos, raza, entorno y sociedad cobran un especial interés en las Unidades de Reproducción y deben ser tenidas en cuenta por el personal sanitario debido a que la edad representa el momento del ciclo vital en el que las parejas desean tener hijos, los roles de género se intensifican, las familias de cada miembro de la pareja suelen estar pendientes del aumento familiar, a lo que cabe añadir los apoyos sociales y

recursos económicos de que puede disponer cada pareja que a su vez puede pertenecer a una raza y entorno social distinto. La recomendación que realizamos respecto a estas variables es *mostrar empatía y comprensión con la situación de la persona, pero sin adoptar una actitud maternal de sobreprotección*, que solamente potenciaría el sentimiento de impotencia frente a variables que no pueden modificarse como la edad, el género, etc.

- *Durante el tratamiento de TRA*. En las TRA existen muchos momentos en que los profesionales sanitarios deben dar indicaciones, especialmente, a las mujeres. Por ello, la actitud o forma de comportarse es de suma importancia a la hora de establecer la comunicación con las parejas. Además, en ocasiones se deben dar malas noticias, como por ejemplo, cuando no se ha conseguido ningún embrión en una fecundación in vitro. Tanto las prescripciones médicas como las malas noticias deben darse de forma empática, es decir, poniéndose en el lugar de la persona que las recibe y ofreciendo las explicaciones con mucha claridad, sin rodeos, con pocas frases, ya que se trata de que la persona no tenga dudas de lo que tiene que hacer o sobre los resultados de un tratamiento de TRA.

El talante debe ser natural y seguro, exponiendo las posibles alternativas en el caso de dar malas noticias y sobre todo, como ya hemos indicado, sin mantener una actitud maternal ya que aumenta las sensaciones de dolor en la persona que recibe la información. Se trata de ocupar el lugar profesional adecuado, entendiendo que el paciente ocupa otro lugar distinto. Por ello, cualquier instrucción o información de malas noticias deben acompañarse de la indicación del siguiente paso a dar por parte del paciente, cerciorándonos de que lo ha entendido y que lo realizará. Recordemos que Marañón escribió que “obedecer al médico es empezar a curarse”.

El buen humor y la sonrisa deben permanecer en los semblantes de los profesionales. Una mirada cálida o un comentario que haga sonreír o incluso reír serán de enorme utilidad. Se trata no sólo de tener empatía con los pacientes, sino de mostrarla a través de conductas no verbales (mirada, sonrisa, postura...) y verbales, como por ejemplo “*Entiendo que te sientas triste porque no se ha conseguido ningún embrión* (demostración de ponerse en el lugar del otro), *ahora te voy a dar las indicaciones para iniciar el siguiente tratamiento de (TRA)*” (planificación del siguiente paso). En el caso de aborto “*Comprendo que no es nada fácil este momento pero no debes quedarte atrapada en el sentimiento de tristeza* (empatía), *te voy a dar cita para que te vea el doctor* (expresión del siguiente paso a dar)”. Además, en estos ejemplos, no se atribuye a la paciente la responsabilidad de lo que haya ocurrido. Es muy distinto decirle “*Entiendo que te sientas triste porque no se ha conseguido ningún embrión*”, a decir, “*...porque no –has conseguido– ningún embrión*”. Por tanto, es importante que en el repertorio de expresiones a las parejas se eliminen aquellas que se dirijan a que “ella” no ha conseguido óvulos, el

embarazo, etc. o a que “él” no ha conseguido espermatozoides. En el caso de las parejas infértiles, las atribuciones internas no son recomendables ni positivas ya que pueden hacer disminuir el sentimiento de autoestima, que suele correlacionarse con el aumento de la depresión.

- *Influencia del entorno físico de la Unidad de Reproducción.* Además de los aspectos relacionales, resulta importante la disposición, organización, decorado, etc. dado que el entorno donde se atiende a los pacientes facilita, también, la comunicación con los mismos. Cada vez más los Centros de salud y hospitalarios han modificado su estructura arquitectónica para ofrecer lugares cálidos y cómodos a sus usuarios. Algunas de las recomendaciones que podemos hacer al respecto son las de disponer de luz natural y la máxima amplitud posible en las consultas. Añadir un clima musical con una selección de músicas relajantes. Este ambiente musical relajante debe estar instalado en las salas de reposo donde se traslada a las pacientes después de la inseminación, punción o transferencia embrionaria.

Respecto a los espacios destinados a los varones para las obtenciones de muestra de semen deberán ser privados y con esa única y exclusiva finalidad, y en los que puedan tener acceso, si lo desean, a ayudas visuales (revistas, vídeos, etc.), así como a que les acompañe la pareja. Por supuesto que la limpieza debe ser extrema, así como debe disponer de lavabo con jabón y toallas de papel, etc. Para esta práctica es importante poder disponer de privacidad suficiente, por lo que sería recomendable que desde el interior de dicha sala se pudiera entregar directamente la muestra de semen al laboratorio de reproducción, a través de una ventana de acceso, etc.

Cuadro resumen

En este capítulo se presenta una descripción pormenorizada de los distintos modelos de consejo e intervención psicológicos en infertilidad desarrollados tanto en España como en el extranjero. Describe los principales programas desarrollados en función de las distintas orientaciones cognitivo-conductuales, psicodinámicas y otras. Con independencia del enfoque terapéutico del que parten, todos los autores señalan la necesidad y los beneficios que aportan a las parejas infértiles en el establecimiento del equilibrio emocional y bienestar psicológico en los tratamientos de TRA. Sin embargo, en los estudios no se suele constatar que el consejo, apoyo o intervención psicológicas contribuyan al aumento de la tasa de embarazos.

Como novedad, se presenta el Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset *et al.*, 2007) para poder ser aplicado en Unidades de Reproducción Humana. Se describe su origen, las principales características y técnicas de que consta, así como se explica cómo organizar su aplicación para integrarlo en los protocolos de tratamiento médico de la infertilidad. Se acentúa la importancia y utilidad de realizar una labor integradora e interdisciplinar en las Unidades de Reproducción. Aporta orientaciones y consejos para que los terapeutas puedan desarrollar una labor eficaz y de calidad,

así como recomendaciones prácticas para que los profesionales de la Salud consigan una beneficiosa relación con los usuarios de las TRA que facilite su labor profesional, así como el aumento de la satisfacción de las parejas infértiles en las Unidades de Reproducción.

Intervención psicológica en un caso clínico (por María del Castillo Aparicio)

El caso que nos ocupa y que ha venido describiéndose en los capítulos anteriores requiere trabajar con la pareja de manera conjunta y también por separado. El grueso del tratamiento irá dirigido a Ana, que es quien sufre el malestar, el hacerlo individualmente favorecerá su apertura y expresión. Las sesiones conjuntas se orientarán a reforzar el trabajo realizado con la mujer y a dar al hombre las indicaciones pertinentes que faciliten los cambios en ambos. Áreas para trabajar:

1. Identificación y expresión emocional
2. Autoestima
3. Reestructuración cognitiva
4. Relajación
5. Habilidades sociales y comunicación
6. Sexualidad

Se empezó el tratamiento con Ana, ya que era la más motivada para el mismo al experimentar mayor nivel de malestar, además Javier no disponía de tiempo para la terapia por motivos laborales. Las primeras sesiones las dedicamos a reducir el nivel de ansiedad mediante entrenamiento en relajación y reestructuración cognitiva sobre algunas ideas irracionales autoexigentes como:

- Tienes que estar más tranquila para que tu marido esté mejor
- Te vas a cargar el matrimonio
- Tienes que ser más feliz
- Pobrecita, otros están peor

Ana, con un carácter perfeccionista, no paraba de exigirse cosas a sí misma, embarazarse, estar bien, no angustiarse, funcionar bien en su matrimonio, lo que cada vez le producía más y más ansiedad.

“En mi cabeza no encuentro más que reproches, no me deja vivir, ni dormir y me está impidiendo ver más a mis amigas. El 100% del tiempo estoy pensando en el embarazo” confesaba preocupada.

Poco a poco iba encontrándose mejor, *“venir aquí me desahoga, salgo renovada y con otras fuerzas”*, decía, *“ya no soy tan puntillosa con la casa ni conmigo misma”*.

En la 4ª sesión se le propuso que escribiera en 2 o 3 folios la historia de su vida, reflejando experiencias, sensaciones, logros. Las siguientes sesiones se dedicaron a reflexionar sobre su historia. La leía durante la terapia, se paraba sobre algunos puntos rememorando situaciones, sentimientos, valorando cada momento de su vida como especial. Se centraba en sus emociones, sintiendo, respirando, llorando, riendo. Desde la terapia se la acompañaba respetando su ritmo y reforzando los avances.

Como tarea entre sesiones quedaba con alguna de sus amigas o con su hermana, familiares, favoreciendo poco a poco sus relaciones interpersonales, luego durante la terapia se analizaban sus reacciones y sentimientos, se valoraban los aspectos positivos y se le proponían cambios sobre los aspectos que le provocaban algún tipo de malestar o incomodidad.

Al encontrarse mejor ella misma, se orientaron las sesiones a mejorar las relaciones de pareja, más concretamente las relaciones sexuales, para lo cual solicitamos la presencia de Javier. Ya en la primera sesión habíamos quedado con Javier que él no debía iniciar una relación sexual, que sus acercamientos se orientarían por el lado del cariño, de las caricias, pero sin motivación sexual, dando el espacio a Ana para retomar su deseo y cuando esto ocurriera, ella sería la que avanzaría hacia el encuentro sexual, siempre hasta el punto donde estuviera preparada. De esta manera evitaríamos que Ana se exigiera cumplir con el flaco favor que esto hace al deseo y excitación sexuales.

Partiendo de estas premisas y como la mayoría de las veces las cosas no suceden espontáneamente, se le propuso a Ana que diseñara un escenario para un encuentro sexual con todas las cosas que a ella le pudieran ilusionar, excitar y motivar. Al principio se resistía *“yo lo que quiero es que él me sorprenda, tampoco es tan difícil, ya sabes lo que nos gusta a las mujeres, el romanticismo y todas esas cosas”*. A lo que respondimos que no todas las mujeres somos iguales y en el caso de serlo tampoco eso nos aseguraría que nuestra pareja supiera lo que nos apetece a cada momento. Nadie nos conoce mejor que nosotras mismas para saber cuál es nuestro deseo a cada momento. Le dijimos textualmente que *“El preparar tú las cosas te ofrece una doble oportunidad: hacer las cosas exactamente como quieras y necesites para disfrutar tú, y por otro lado pasarlo de maravilla planeándolo, preparándolo y llevándolo a cabo. Sobre todo viendo su cara de sorpresa al no saber lo que va a pasar y de satisfacción al disfrutar juntos de tan entrañable aventura”*.

Nuestras palabras cambiaron la expresión de su cara, se había roto el dique de los prejuicios; ella podía tomar la iniciativa, sus facciones se asemejaban a las de un gatito relamiéndose por el buen bocado que iba a degustar. Se fue con las ideas agolpándose en su mente, y le recomendamos el uso de una libretita donde apuntara e incluso dibujara el escenario que fuera ideando.

Como la semana siguiente era fiesta, nos vimos a los quince días, entraba satisfecha y con ganas de contarnos sus experiencias: *“Me he dado cuenta de que mientras estoy organizando las cosas estoy más entretenida”*. El primer día había preparado en el jardín un entorno de velas aromáticas, unas colchas por el suelo, y había estado comprobando que el lugar no era visible para los vecinos. Preparó una jarra de zumo de naranja natural con hielos y dos copas. Cuando Javier llegó de trabajar se metió a la ducha, y al salir de la misma ella le tapó los ojos con un pañuelo y lo llevó al jardín, le quitó el albornoz y empezó a acariciarle...

Otro día le había esperado en la bañera rodeada de espuma, *“ese día no me había dado tiempo a preparar demasiadas cosas pero quise sorprenderle...”*, por nuestra parte fue un buen momento para explicarle que no todos los encuentros tenían que estar tan meditados y preparados, que simplemente se dejara guiar por sus deseos, que unos días serían inmediatos y otros necesitarían más elaboración.

En pocas sesiones se empezó a sentir mejor, aunque le seguían gustando las cosas bien hechas y el orden, aumentó su flexibilidad para consigo y su hogar, retomó su relación con sus amigas, en terapia ya podía hablar del tema de la infertilidad sin echarse a llorar, estaba más positiva, también dormía mejor. Con su pareja, además de mejorar sus relaciones sexuales, buscaban tiempo para hacer cosas juntos, programaron un día a la semana para salir a caminar así de esta forma tenían tiempo para charlar a la par que hacían ejercicio.

En menos de 3 meses estuvieron preparados para intentar un nuevo tratamiento de reproducción asistida, con ilusión, esperanza y las fuerzas necesarias para amortiguar un posible fracaso sin poner en peligro su salud psicológica.

Preguntas de autoevaluación

1. El consejo psicológico en infertilidad significa:

- a) Aplicar una psicoterapia con sesiones predeterminadas.
- b) Tratar a los usuarios de las TRA con psicofármacos.
- c) Un perjuicio para los usuarios de las TRA.
- d) Que más vale curar que prevenir.
- e) Apoyar, guiar, ayudar y orientar en toma de decisiones.
2. En las Unidades de Reproducción Humana Asistida públicas y privadas:
- a) Se defiende que se trate a las parejas sólo con tratamiento psicológico.
- b) Se postula la disolución de los equipos interdisciplinarios.
- c) Se propone que el tratamiento de TRA se adapte al programa psicológico.
- d) Se justifica la incorporación de la atención psicológica.
- e) Se constata que la atención integral a los usuarios es perjudicial.
3. El Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset 2007):
- a) Sus contenidos se aplican secuencialmente.
- b) Se basa en un modelo psicodinámico.
- c) Se ajusta caso a caso al proceso de diagnóstico y tratamiento médicos.
- d) Contiene un número fijo de sesiones.
- e) Se inicia a la vez que el tratamiento de TRA.
4. El Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset, 2007):
- a) Desaconseja la atención personalizada a los usuarios de las TRA.
- b) Es flexible y se adapta al proceso de los usuarios de las TRA.
- c) Propone recomendaciones dirigidas únicamente a los psicólogos.
- d) Presenta la desventaja de no poder adaptarse a los protocolos de TRA.
- e) Adolece de estrategias y técnicas terapéuticas.
5. Para establecer una correcta relación entre los profesionales de la salud y los usuarios de las TRA, el PAPI recomienda:
- a) Prestar atención a su lenguaje verbal, gestual y mixto.
- b) Adoptar una actitud maternal de sobreprotección.
- c) Desinteresarse por lo que sienten frente a la infertilidad.
- d) Hablarles rápidamente.
- e) Dar las malas noticias sin exponer posibles alternativas.
-

Clave de respuestas

Capítulo 1

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Capítulo 3

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Capítulo 2

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 4

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lecturas recomendadas y bibliografía

Lecturas recomendadas

Ley 14/2006, de 26 de mayo de 2006, sobre técnicas de reproducción humana asistida:

<http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/27/pdfs/a19947-19956.pdf>

Para los psicoterapeutas será de utilidad conocer la Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida con el fin de que cualquier consejo u orientación psicológica se realice en función de las posibilidades legalmente establecidas, así como se pueda consultar cualquier aspecto legal sobre el que los usuarios de las tra puedan tener dudas.

Meyers-thompson y Perkins, S. (2007). *Fertilidad para dummies*. Barcelona: Ed. Granica

Se trata de un libro que contiene información del proceso natural de embarazo y también sobre el proceso con técnicas de reproducción asistida. El libro está organizado en distintas partes: 1) La ruta natural para tener un bebé, 2) La ruta de la tecnología básica: en busca de un embarazo, 3) La tecnología intermedia para hacer bebés: la búsqueda del problema, 4) La autopista de la alta tecnología: el camino hacia la fertilización in vitro, 5) La ruta menos transitada... hasta el momento y 6) Los decálogos. En cada apartado o momento del proceso para tener un hijo ofrece descripciones y recomendaciones claras y precisas, pudiéndose considerar un buen texto para la orientación y consejo psicológico en infertilidad.

Monográfico sobre Infertilidad y Psicología de la reproducción publicado en la revista *Papeles del Psicólogo*, n.º 29 (2), 2008 que puede obtenerse en el siguiente enlace:

<http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1127.pdf>

En este número monográfico se describe la problemática psicológica que sufren las personas infértiles desde el impacto psicológico que produce la infertilidad al desarrollo de posibles trastornos psicopatológicos. asimismo se abordan aspectos relativos a la evaluación e intervención psicológicas, abriendo un nuevo campo profesional para el psicólogo clínico al aportar una información básica y completa.

Moreno-rosset, C. (2009). *Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Ed. Pirámide (Colección Manuales Prácticos)

Se trata de un libro escrito por diversos profesionales dedicados a la infertilidad desde distintas disciplinas: la psicología, la medicina y el derecho. Desde cada materia se ofrece información y formación útiles para que el psicólogo clínico pueda tratar en su consulta los casos de personas infértiles. Se explican con sumo detalle los tratamientos médicos de la infertilidad, los aspectos legales de la reproducción asistida, el proceso de evaluación psicológica paso a paso y ejemplificado a través de un caso real. aporta una guía eminentemente práctica de intervención psicológica. todo ello acompañado de la exposición de varios ejemplos prácticos y de los materiales de evaluación e intervención psicológicos utilizados.

Moreno-rosset, C. (2009). *La Infertilidad ¿Por qué a mí? Un problema o un reto en la pareja*. Madrid: Ed. Pirámide

Este libro de autoayuda ofrece recomendaciones psicológicas para que las personas infértiles puedan abordar las dificultades más habituales con las que suelen encontrarse. Para cada momento del proceso ofrece ejercicios prácticos acompañados de la exposición de cómo lo han resuelto en casos reales. responde a las preguntas que sobre aspectos legales suelen plantearse mujeres y hombres. aporta consejos precisos y realiza desde sus páginas un acompañamiento emocional durante el camino que suelen recorrer las parejas infértiles. Incluye materiales para la realización de los ejercicios propuestos y un CD-ROM de relajación imprescindible para la ayuda psicoterapéutica.

Bibliografía

- Antequera, r. (2009). Cuando las técnicas de reproducción asistida llegan al final. En C. Moreno-rosset (Coord.) *La Infertilidad ¿por qué a mí? Un problema o un reto en la pareja*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Antequera, r., Moreno-rosset, C., Jenaro, C. y Ávila, a. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29, 2, 167-175.
- Ávila, a. y Moreno-rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del Psicólogo*, 29, 2, 186-196.
- Arnott, I. (2008). Causas femeninas de esterilidad. En r. Matorras, J. Hernández y D. Molero. *Tratado de Reproducción Humana para Enfermería*, págs. 95-97. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Arranz-Lara, L., Blue-Grynberg, B. y Morales-Carmona, F. (2001). El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatol Reprod Hum*, 15, 133-138.
- Bagby, r. M., Parker, J. D. a. y Taylor, G. J. (1994). the twenty-item toronto alexithimia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J. Psychosomatic Research*, 38,1, 23-32.
- Bayo-Borràs, r., Cànovas, G. y Santís, M. ((2005). *Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida*. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.
- Barraca, J. y López-Yarto (2003). *ESFA. Escala de satisfacción familiar por adjetivos*. (3ª edición). accésit 1er Premio tEa Ediciones, 1996. Madrid: tEa Ediciones. S.A.
- Bartlam, B. y McLeod, J. (2000). Infertility counselling: the ISSUE experience of setting up a telephone counselling service. *Patient Education and Counselling*, 41, 313-321.
- Boivin, J. (2003). a review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57, 2325-2341.
- Bornstein, P. h. y Bornstein, M. t. (1988). *terapia de pareja. Enfoque conductual-sistémico*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Burns, L. h. (2006). *Sexual Counselling and Infertility*. En L. h. Burns (Ed.). *Infertility counselling: A comprehensive handkook for clinicians*. New York: Parthenon Publishing Group.
- Burns, L. h. y Greenfeld, D. a. (1990). *CPHI: Comprehensive Psychosocial History for Infertilty*. Birmingham, a. L.: american Society for reproductive Medicine.
- Burns, L. h. y Covington, S. N. (2006). *Infertility Counseling, A comprehensive Handbook for clinicians*. New York: the Parthenon Publishing Group.
- Carrasco, M. J. (2005). *ASPA. Cuestionario de aserción en la pareja* (3.ª edición). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Chan, C. H. Y., Chan, C. L. W., Ng, S. M., Ng, E. H. Y. y Ho, P. C. (2005). Body-mind-spirit intervention for IVF Women. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 22 11-12. 419-427.
- Clement, A. K., Theis, A. y De Tyche, C. (2000). Duelo en la procreación y en la esterilidad femenina: enfoque psicodinámico y proyectivo. *Revista de psicología de la PUCP*, 18 (1), 88-106.
- Cooper, B. C. (2007). Perceived infertility-related stress correlates with in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 88 (3), 714-717.
- Costa, M. y Serrat, C. (2007). *Terapia de parejas*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Cousineau, T. M., Lord, S. E., Seibring, A. R., Corsini, E. A., Viders, J. C. y Lakhani, S. R. (2004). A multimedia psychosocial support program for couples receiving infertility treatment: a feasibility study. *Fertility and Sterility*, 81(3), 532-538.
- Christie, G. y Morgan, A. (2000). Individual and group psychotherapy with infertile couples. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50 (2), 237-250.
- De Klerk, J. A. M., Hunfeld, E. M. E. W., Heijen, M. J. C., Eijkemans, B. C. J. M., Fauser, J. P. y Macklon, N.

- S. (2008). Low negative affect prior to treatment is associated with a decreased chance of live birth from a first IVF cycle. *Human reproduction*, 23 (1), 112-116.
- Del Castillo, M., Moreno-Rosset, C., Martín, M. D., García Fernández-Abascal, E. y Urries, A. (2008a). "Evaluación de afectos y emociones en parejas infértiles" (Comunicación presentada en el Simposio sobre "Ansiedad y estrés en infertilidad" del VII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Benidorm (Alicante), septiembre 2008. Actas de Congreso, pág 45.
- (2008b). "Emociones y recursos en infertilidad: diferencias de género" (Comunicación presentada en el Simposio sobre "Emoción y Cognición" de la VI Semana de Investigación de la Facultad de Psicología de la UNED, noviembre 2008. Actas de Congreso, pág. 60.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas* (1.ª edición). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Dolz, P. y García, A. (2002). Incidencia positiva de los Programas de Apoyo Psicológico en los Tratamientos de Reproducción Asistida, *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*. Número especial del 24 Congreso de la Sociedad Española de Fertilidad. Actas de Congreso, pp. 233.
- Domar, A. (2004). Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility*, 81(2), 271-273.
- Domar, a. D., Clapp, D., Slawsby, E. a., Dusek, J., Kessel, B. y Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73(2), 805-811.
- Domar, a. D. y Dreher, h. (1996). *Healing Mind, Healthy Woman. Using Mind-Body Connection to Manage Stress and Take Control of Your Life*. New York: a Delta Book.
- Domar, a. D., Friedman, r. y Zuttermeister, P. C. (1999). Distress and conception in infertile women: a complementary approach. *Journal of American Medical Women's Association*, 54, (4), 196-198.
- Dyer, S. J., abrahams, N., Mokoena, N. E., Lombard, C. J. y van der Spuy, Z. M. (2005). Psychological distress among women suffering from couple infertility in south africa: a quantitative assessment. *Human reproduction (Oxford, England)*, 20, 7, 1938-1943.
- Epstein, Y. M. y rosenberg, h. S. (2005). Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. *Fertility and Sterility*, 83(6), 1882-1884.
- Epstein, Y. M., rosenberg, h. S., Venet, t. y hemenway, N. (2002). Use of the internet as the only outlet for talking about infertility. *Fertility and Sterility*, 78(3), 507-514.
- Florin, I., Tuschen-Caffier, B., Krause, W. y Pook, M. (2002). Psychological therapy in Idiopathic Infertile: a Stress reduction approach. En B. Strauss (Ed.). *Involuntary Childlessness. Psychological assessment, counseling and psychotherapy*. pp. 63-78. U.S.A.: hogrefe & huber Publishers.
- Guz, h., Ozkan, a., Sarisoy, G., Yanik, F. y Yanik, a. (2003). Psychiatric symptoms in turkish infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24, 4, 267-271.
- Glover, L., hunter, M., richards, J. M., Katz, M. y abel, P.D. (1999). Development of the Fertility adjustment Scale. *Fertility and Sterility*, 72, 4, 623-626.
- Khademi, a., alleyassin, a., aghahosseini, M., ramezanzadeh, F. y Abhari, a. a. (2005). Pretreatment Beck Depression Inventory score is an important predictor for Post-treatment score in infertile patients: a before-after study. *BMC Psychiatry*, 5, 25-25.
- Kolt, L., Slawsby, E. a. y Domar, a. D. (1999). Infertility: Clinical, treatment and practice development issues. En L. VandeCreek & t. L. Jackson (Eds.) *et al., Innovations in clinical practice: A source book* (Vol. 17, pp. 185-203). Sarasota, FL, USA: Profesional resource Press/Profesional resource Exchange, Inc.
- Jenaro, C., Moreno-rosset, C., antequera, r. y Flores, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad. El "DERA", una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 29, 2, 176-185.
- Lain Entralgo, P. (2003). *El médico y el enfermo*. Madrid: triacastela.
- Lee, S. h. (2003). Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during in vitro fertilization. *Journal of Nursing Research*, 11 (3), 197-207.
- Lemmens, G. M. D., Vervaeke, M., Enzlin, P., Bakelants, E., Vanderschueren, D. y D'hooghe, t. *et al.* (2004). Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*, 19 (8), 1917-1923.
- Levin, J. B. y Sher, t. G. (2000). Psychological treatment of couples undergoing fertility treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 207-212.
- Lintsen, a. M. E., Verhaak, C. M., Eijkemans, M. J. C., Smeenk, J. M. J. y Braat, D. D. M. (2009). anxiety and

- depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Human Reproduction*, 1 (1), 1-7.
- Ilavona, L. y Mora, r. (2003). atención psicológica a las parejas infértiles en tratamiento de reproducción asistida. En J. M. Ortigosa Quiles., M. J. Quiles Sebastián y F. J. Méndez Carrillo. *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. pp. 287-304. Madrid: Pirámide.
- (2005). the Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI): Characteristics and psychometric properties. Comunicación presentada en el *9th European Congress of Psychology*, Granada (España).
- (2006). *Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- López, F. (2000). Factores psicológicos de la infertilidad. En C. Moreno (Dir). *Factores psicológicos de la infertilidad*. págs. 79-104. Madrid: Sanz y torres.
- Lu, Y., Yang, L., Lu, G. y Sun, Q. (1996). Mental status and coping style on infertile women. *Chinese Mental Health Journal*, 10, 169-170.
- Martínez-Sánchez, F. (1996). adaptación Española de la Escala de Alexitimia de toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7, 1, 19-32.
- Matorras, r., Hernández, J. y Molero, D. (2008). *Tratado de Reproducción Humana para Enfermería*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- McNaughton-Cassill, M. E., Bostwick, J. M., arthur, N. J., robinson, r. D. y Neal, G. S. (2002). Efficacy of brief couples support groups developed to manage the stress of in vitro fertilization treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, 77, 1060-1066.
- McNaughton-Cassill, M. E., Bostwick, M., Vanscoy, S. E., arthur, N. J., hickman, t. N. y robinson, r. D. *et al.* (2000). Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 74(1), 87-93.
- Mikesell, S. G. (2000). Infertility and pregnancy loss: hypnotic interventions for reproductive challenges. En hornyak, L. M. y Green, J. P. (Eds.) *Healing from within: The use of hypnosis in women's health care. Dissociation, trauma, memory, and hypnosis book series* (pp. 191-209). Washington, DC, US: american Psychological Association.
- Miranda, C., Larrazábal, F. y Labán, P. (1995). Family counseling in infertility couples. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 60(2), 75-78.
- Mora, r. (2005). *Análisis psicológico de las parejas con problemas de infertilidad*. Universidad Complutense de Madrid: tesis Doctoral.
- Moreno-rosset, C. (Dir.) (2000). *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y torres.
- (2001). *EPSIRA. Entrevista Psicológica en Infertilidad y Reproducción Asistida*. Madrid: UNED.
- (2003). *Consecuencias psicológicas y psicosociales de los tratamientos de infertilidad en las mujeres: evaluación e intervención*. Memoria final del Proyecto I+D+I Expte. 11/00. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- (2007). *La infertilidad en la mujer: aspectos psicosociales y neurobiológicos*. Memoria final del Proyecto I+D+I Expte. 28/03. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- (2008). Infertilidad y Psicología de la reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29, 2, 154-157.
- (Coord.) (2009a). *Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Ed. Pirámide.
- (Coord.) (2009b). *La Infertilidad ¿Por qué a mí? Un problema o un reto en la pareja*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Moreno-rosset, C., antequera, r. y Jenaro, C. (2005). “The IPtra: Program of Psychological Intervention in techniques of assisted Reproduction”. Comunicación presentada al *9th European Congress of Psychology (Symposium: Psychology and Infertility)*. Granada: actas de Congreso, 144-145.
- Moreno-rosset, C., antequera, r. y Jenaro, C. (2008). *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. XII Premio tEa-Ediciones. Madrid: tEa Ediciones, S.A.
- Moreno-rosset, C., antequera, r. y Jenaro, C. (2009b). Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y recursos adaptativos en Infertilidad (DERA). *Psicothema*, 21, 1, 119-123.
- Moreno-rosset, C., antequera, r., Jenaro, C. y Gómez, Y. (2009). La psicología de la reproducción: la necesidad del psicólogo en las unidades de reproducción humana. *Clínica y Salud* (20, 1, 79-90).
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C., Ávila, A., Gómez, Y. y De Castro, F. J. (2007). *MAMI*.

- Materiales de Aplicación Múltiple en Infertilidad: Entrevistas psicológicas, autorregistros y otros materiales.*
- Moreno-Rosset, C., Ávila, A., Antequera, R., Jenaro, C., de Castro, F. J. y Gómez, Y. (2007). *PAPI. Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad.*
- Moreno-Rosset, C., y Ávila, A. (2009). Intervención y apoyo psicológicos en infertilidad y reproducción asistida. En C. Moreno-Rosset (Coord.) *Infertilidad y reproducción asistida: Guía práctica de intervención psicológica* (pp. 155-191). Madrid: Ed. Pirámide.
- Moreno-Rosset, C., Jenaro, C. y Antequera, R. (2009a). Evaluación psicológica en infertilidad y reproducción asistida. En C. Moreno-Rosset (Coord.) *Infertilidad y reproducción asistida: Guía práctica de intervención psicológica.* Madrid: Ed. Pirámide.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A. B. y De Vicente (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental.* Madrid: Ed. Pirámide.
- Musé, M. (1994). *Tratamiento de disfunciones sexuales, Manual terapéutico.* Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Myers, L. B. y Wark, L. (1996). Psychoterapy for infertility: A cognitive behavioral approach for couples. *American Journal of Family Therapy, 24,* 9-20.
- Newton, C. R., Sherrard, W. y Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility, 71,* 1, 54-62.
- Northrup, C. (2007). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer: Una guía para la salud física y emocional.* Barcelona: Ed. Urano.
- Ozkan, M. y Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in turkey. *Clinical and experimental obstetrics & gynaecology, 33,* 1, 44-46.
- Rajkhowa, M., Mcconnell, A. y Thomas, G. E. (2006). Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human Reproduction, 21* (2), 358-363.
- Ranz Torrejón, R. (1999). Esterilidad, técnicas de reproducción asistida y terapia familiar médica. *Cuadernos de Terapia Familiar; 41,* 123-137.
- Read, J. (1995). *Counselling for Fertility Problems.* London: Sage Publications Ltd.
- Rodríguez-Marín, J., Perol, M. C., López-Roig, S. y Pastor, M. A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. *Revista de Psicología de la Salud, 4,* 2, 59-84.
- Salvatore, P., Gariboldi, S., Offidani, A., Coppola, F., Amore, M. y Maggini, C. (2001). Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility and Sterility, 75* (6), 1119-1125.
- Sánchez-Cánovas, J. (2007). *EBP. Escala de Bienestar Psicológico* (2.ª edición). Madrid: tEa Ediciones, S.A.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, t.E., Santed, M.A. y Valiente, r. (1999). Escalas PaNaS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema, 11,* 1, 37-51.
- Savitz-Smith, J. (2003). Couples undergoing infertility treatment: Implications counselors. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 11*(4), 383-387.
- Solé, J. (2000). La investigación en psicoterapia. *Archivos de Psiquiatría, 63* (2), 97-102.
- Spielberger, C. D. (2008). *IDER. Inventario de depresión estado/rasgo* (1ª edición) (adaptación española Buela-Casal, agudelo y Spielberger). Madrid: tEa Ediciones. S.A.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.R. (2008). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (7ª edición). Madrid: tEa Ediciones, S.A.
- Smeenk, J. M., Verhaak, C. M., Stolwijk, a. M., Kremer, J. A. y Braat, D. D. (2004). reasons for dropout in an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection program. *Fertility and Sterility, 81*(2), 262-268.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family, 38,* 15-28.
- tirado, M. y Dolz, P. (2007). apoyo psicológico en pacientes que recurren a tratamiento de reproducción asistida con donación de gametos. En Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida (pp. 73-87). *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana,* número monográfico.
- tuberk, S. (Ed.) (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología.* Madrid: Siglo XXI.
- (Ed.) (1996). *Figuras de la madre.* Madrid: Siglo XXI.

- tuschen-Caffier, B., Florin, I., Krause, W. y Pook, M. (1999). Cognitive-Behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 15-21.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Eugster, a., Van Minnen, a., Kremer, J. a. M. y Kraaijmaat, F. W. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, 76 (3), 525-531.6
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, a. W. M., Van Minnen, a., Kremer, J. a. M. y Kraaijmaat, F. W. (2005a). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: a prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*, 28 (2), 181-190.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Van Minnen, a., Kremer, J. a. M. y Kraaijmaat, F. W. (2005b). a longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human reproduction* (Oxford, England), 20 (8), 2253-2260.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, a. W. M., Kremer, J. a. M., Kraaijmaat, F. W. y Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human reproduction update*, 13(1), 27-36.
- Wang, K., Li, J., Zhang, J. X., Zhang, L., Yu, J. y Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in china. *Fertility and sterility*, 87(4), 792-798.
- Watson, D., Clark, L.A. y tellegen, a. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PaNaS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1.063-1.070.
- Wischmann, t., Stammer, h., Gerhard, I. y Verres, r. (2002). Couple Counseling and therapy for the Unfulfilled Desire for a Child – the two-Step approach of the “Heidelberg Infertility Consultation Service. En B. Strauss (Ed.). *Involuntary Childlessness. Psychological assessment, counseling and psychotherapy*. pp. 127-149. U.S.A.: Hogrefe & huber Publishers.
- Yago, t., Segura, J. e Irazábal, E. (1997). *Infertilidad y reproducción asistida. Relatos de parejas entre el sufrimiento y la esperanza*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Yoga para la fertilidad* (2005). Valladolid: Divisa home Video.

Índice

Portada	2
Créditos	6
Índice	8
Presentación	11
Capítulo 1. Introducción	15
1.1. La infertilidad y sus repercusiones psicosociales	16
1.1.1. Las repercusiones personales y en la propia pareja	18
1.1.2. Las repercusiones sociales e interpersonales	20
1.2. Estudio y tratamiento médico de la infertilidad y proceso psicológico	22
1.2.1. Primera visita a la Unidad de Reproducción	23
1.2.2. Entrega del diagnóstico	26
1.2.3. Fases de los tratamientos con TRA	28
1.2.4. Proceso psicológico durante las fases de los tratamientos con TRA	31
1.3. Epidemiología	32
Cuadro resumen	33
En la consulta de psicología de una Unidad de Reproducción	33
Preguntas de autoevaluación	35
Capítulo 2. Principales desajustes emocionales asociados a la infertilidad	37
2.1. Estudio de los desajustes emocionales asociados a la infertilidad	38
2.1.1. Evaluación psicológica en la fase pre-tratamiento médico	40
2.1.2. Evaluación psicológica en la fase pre-postratamiento médico	42
2.1.3. Evaluación psicológica en la fase pre-postratamiento médico y psicológico	44
2.1.4. Alteraciones emocionales ante el diagnóstico de infertilidad, su tratamiento y el embarazo y crianza en parejas infértiles	46
2.2. Estudio de las disfunciones sexuales asociadas a la infertilidad	46
Cuadro resumen	47
Exposición de un caso clínico	47
Preguntas de autoevaluación	48
Capítulo 3. Evaluación psicológica	51
3.1. Áreas que se deben evaluar	51

3.2. Dónde y cuándo evaluar	52
3.3. Instrumentos de evaluación	52
3.3.1. Entrevista	53
3.3.2. Autoinformes específicos para ser aplicados a población infértil	58
3.3.3. Otros autoinformes útiles para ser aplicados a población infértil	61
3.3.4. Autorregistros	64
Cuadro resumen	77
Evaluación de un caso clínico	77
Preguntas de autoevaluación	81
Capítulo 4. Intervención psicológica	83
4.1. Eficacia, efectividad y eficiencia de los programas de intervención psicológica	84
4.2. Principales programas de consejo, apoyo e intervención psicológicos en infertilidad	85
4.2.1. Consejo psicológico en infertilidad	85
4.2.2. Terapia cognitivo-conductual en infertilidad	89
4.2.3. Terapias psicodinámicas	95
4.2.4. Otras aproximaciones psicoterapéuticas	97
4.3. Presentación del Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI; Moreno-Rosset et al., 2007) para su aplicación en Unidades de Reproducción Humana	98
4.3.1. Origen del PAPI	98
4.3.2. Principales características del PAPI	100
4.3.3. Importancia de promover una labor integradora e interdisciplinar	101
4.3.4. Aplicación del PAPI	101
4.3.5. Contenidos del PAPI	102
4.3.6. Organización del PAPI	107
4.3.7. Recomendaciones para los profesionales de la Salud de las Unidades de Reproducción Humana	112
Cuadro resumen	115
Intervención psicológica en un caso clínico	116
Preguntas de autoevaluación	117
Clave de respuestas	120
Lecturas recomendadas y bibliografía	122

