

**PSICOLOGÍA REPRODUCTIVA:
ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN PAREJAS INFÉRTILES**

© **Rosa M. Limiñana-Gras**

Grupo de Investigación *E069-07 Personalidad y Salud*

Unidad de Psicología Reproductiva (SEPA)

Universidad de Murcia

<http://www.um.es/web/sepa/>

Disponible en: <http://psicoideas.com/recursos/MPGS-TPareja.pdf>

Otros recursos en: <http://psicologiareproductiva.org/>

La Psicología Reproductiva, en el marco de la Psicología de la Salud, lleva a cabo su actividad de asistencial en el contexto multidisciplinario de la salud reproductiva. Está dirigido a la prevención, evaluación e intervención en las dificultades y problemas psicológicos relacionados con la vida reproductiva (Limiñana-Gras, 2015). Los problemas reproductivos, suelen suponer una crisis importante en la vida de muchas parejas, y conllevan consecuencias importantes para la salud (Moreno-Rosset, 2010). Las diferentes etapas de la vida y la multiplicidad de situaciones personales (pubertad, menarquia, anticoncepción, paternidad/maternidad, menopausia, infertilidad/esterilidad, etc.), pueden producir cambios emocionales y requerir atención psicológica más específica. Tal es el caso de los tratamientos de Reproducción Asistida, en el que medicalización de la infertilidad, y los avances en materia de reproducción asistida han crecido de manera desproporcionada a costa de la atención a las respuestas emocionales de las parejas que se enfrentan a esta experiencia (Cousineau & Domar, 2007).

El objetivo principal del psicólogo en este contexto es el de apoyar en la toma de decisiones informadas, y promover la salud psicológica y el bienestar a través de todos los aspectos del proceso reproductivo. En Psicología Reproductiva, al igual que ocurre con la Medicina Reproductiva, las dificultades para tener hijos, la infertilidad/esterilidad, y la atención general recibida en la reproducción humana asistida (AHR), son los aspectos a los que se enfrenta con mayor frecuencia (Limiñana, in press).

La infertilidad

En el mundo occidental la prevalencia de la infertilidad es del 10 al 20%, aunque dichos porcentajes son meramente orientativos ya que existen numerosas dificultades

terminológicas y limitaciones a la hora de definir la población con un problema real de infertilidad/esterilidad (Matorras, Crisol y Ferrando, 2012). La OMS incluye la infertilidad dentro de las enfermedades crónicas, existiendo además evidencias del impacto psicológico de la infertilidad y de la aparición de sintomatología emocional equivalente a otras enfermedades crónicas (Domar, Zuttermeister y Friedman, 1993).

En del campo de la salud reproductiva, cuando se hace mención a la fertilidad se está hablando de la capacidad de dar a luz un recién nacido vivo. Se habla de infertilidad cuando una pareja después de un año de relaciones sexuales sin utilizar anticonceptivos consigue la gestación sin completar el embarazo, mientras que la esterilidad es la imposibilidad de concebir. Aunque existan diferencias entre los términos infertilidad y esterilidad, coloquialmente e incluso médicamente se suele aludir de forma más generalizada a la “infertilidad”. La infertilidad es pues una enfermedad crónica que debe ser atendida en todas sus facetas (física, social y emocional) tanto a nivel individual y de pareja. Posee unas características propias y distintivas, no impone limitaciones físicas a quienes la padecen, no suele cursar con sintomatología ni dolor asociado a la misma, no afecta a la funcionalidad del sujeto, no existe una amenaza real a la propia vida, y las parejas pueden elegir libremente tratamiento o no, ya que su evolución no amenaza su supervivencia (Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila, 2008).

Gracias tanto a los extraordinarios avances en el campo de la reproducción asistida, como al crecimiento exponencial de recursos y centros de asistencia públicos y privados, si la pareja estéril o infértil vive esta situación como estresante o discapacitante por su imposibilidad procreadora, puede acceder a diferentes Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Sin embargo, estas técnicas son también fuente de diferentes estresores que se acumulan a lo largo de los distintos tratamientos; en concreto, el tratamiento de fecundación “in vitro” (FIV), puede llegar a convertirse en un proceso largo, doloroso y estresante (Moreno-Rosset, 2009)

Los largos procesos de intervención suelen ir acompañados de etapas de intensa incertidumbre y ansiedad, y los niveles de estrés emocional suelen ir aumentando en cada fases hasta el momento de conocer los resultados (Moreno-Rosset, 2009). Actualmente existen suficientes estudios que identifican los procesos psicológicos relevantes en la reproducción humana, sus significados subjetivos y las características sociales, psicosociales y psicopatológicas de las parejas infértiles. Los objetivos y la naturaleza de la intervención psicológica varían en función del estadio del proceso en el que se encuentren, y durante ésta, la evaluación y el tratamiento se coordinará como parte de un mismo proceso, que nos permitirá conocer el estado de salud de las parejas y las estrategias y técnicas de intervención más ajustadas (Ávila y Moreno-Rosset, 2008).

En la actualidad las investigaciones están definitivamente a favor de la “despatologización” de estos problemas y de la promoción de la salud también en el contexto de la reproducción asistida, sin embargo parece haber un subgrupo de parejas que si manifiestan problemas psicológicos y que necesitarían de una especial ayuda

psicológica (Wischmann et al. 2001). En este sentido, es necesario un conocimiento preciso de las distintas fases del tratamiento y de las etapas o momentos psicológicamente distintos por los que pasan estas parejas durante el tratamiento, para determinar tanto el impacto sobre su salud y sus estilos de vida, como las necesidades que surgen en cada etapa (Moreno, 2010).

Atención psicológica

En Medicina Reproductiva, la experiencia positiva de la atención centrada en el paciente se ha asociado con un mayor bienestar y satisfacción general con el tratamiento, así como una mayor adherencia al tratamiento. Sin embargo la falta de esta atención, que incluye la falta de empatía y de habilidades de escucha del personal sanitario, la falta de tiempo suficiente para responder a las dudas y preguntas, y la mala gestión de las necesidades psicológicas de las parejas infértiles, han sido razones suficientes para interrumpir los tratamientos de reproducción asistida (Murray, Awartani & Péloquin, 2015).

La necesidad de que la asistencia integral a la pareja infértil incluya el soporte psicológico desde el mismo momento es una evidencia constatable, no solo por los problemas que presentan estas parejas, demostrados repetidamente en la literatura científica, sino también por las valoraciones recogidas de los mismos profesionales que las asisten. El denominado “cuidado centrado en el paciente”, considerado como un significativo apoyo emocional proporcionado por cualquier miembro del equipo de reproducción asistida ante los eventos estresantes, es considerado como insuficiente para abordar las el estrés que supone las dificultades reproductivas y su tratamiento.

La evidencia de que muchas mujeres y hombres experimentan sufrimiento emocional como resultado de la incapacidad de concebir ha sido documentada durante décadas. Greil (1997), realizó una exhaustiva revisión sobre los resultados más significativos de la literatura científica de los años 80 y 90, señalando como especialmente relevantes la evidencia de problemas relacionados con la sensibilidad interpersonal, la depresión, y los problemas de pareja. Una de las más difíciles consecuencias emocionales de la infertilidad es el sentimiento de pérdida de control sobre la propia vida, que puede llegar a alterar extremadamente el sentido de sus vidas y el orden establecido (Cousineau & Domar, 2007). Para muchas parejas, su infertilidad se convierte en el punto central, y a veces exclusivo, de su vida cotidiana y del discurso de la pareja, dejando a menudo descuidados otros aspectos importantes de la vida.

El proyecto de un hijo constituye en sí mismo un proceso de vinculación afectiva que puede verse alterado de forma significativa ante el diagnóstico de infertilidad, alterando las representaciones en torno a ese deseo y al proyecto futuro de la pareja. La constatación de las dificultades reproductivas y la ausencia de resultados pueden convertir esta situación en una importante crisis vital, y en el inicio de muchos de los problemas que nos encontraremos en estas parejas: sentimientos de vacío, ansiedad,

depresión, pensamientos obsesivos, aislamiento social y personal, sensación de impotencia, y sentimientos de falta de control sobre la propia vida, de temor, de amenaza y de pérdida, entre otros (Moreno y Guerra, 2007). Varios estudios han examinado cómo los hombres y mujeres hacen frente a la infertilidad, y lo que sí es seguro es que ambos tienen una forma diferente de valorar y responder a esta experiencia. La constatación de las dificultades reproductivas supone también el inicio de procesos de cuestionamiento de la identidad y de devaluación personal, que son también diferentes para cada miembro de la pareja. La forma particular que cada individuo, hombre o mujer, tiene de afrontar cada experiencia durante los tratamientos, y los diferentes procesos valorativos e identitarios involucrados, van a constituir una fuente añadida de conflicto, provocando un alejamiento progresivo entre ambos a lo largo de los largos procesos de tratamiento. La aparición de problemas en la pareja, puede manifestarse de múltiples maneras y en distintos ámbitos (sexual, financiero, de ocio, etc.), y muy a menudo viene acompañada de sentimientos de culpabilidad, o de acusaciones mutuas, implícitas o explícitas, sobre las causas, sobre las decisiones del tratamiento, o sobre cualquier otro aspecto de la vida de pareja. Todo gira en torno a ese deseo o meta existencial, la de tener un hijo, y todo deseo de estar en pareja o relacionado con el proyecto de pareja es desplazado, quedando la vida de pareja vacía de significado y carente de sentido.

Las intervenciones deben acompañar a los hombres y mujeres infértiles en la búsqueda de soluciones y estrategias de afrontamiento personal eficaces, y ofrecer orientación y apoyo psicológico a las parejas ante las posibles dificultades y conflictos que se pueden presentar a lo largo de los procesos de tratamiento de la infertilidad. La intervención se centrará tanto en los aspectos afectivos como en los cognitivos y conductuales: manejo emocional, reestructuración cognitiva, psicología positiva, habilidades de resolución de conflictos, técnica de respiración y relajación, técnica de control del pensamiento, entre otras.

El tratamiento cognitivo-conductual orientado a reducir el estrés resultante de las intervenciones médicas (a través de técnicas como el autocontrol cognitivo, la reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento, el entrenamiento en autoinstrucciones, la inoculación del estrés, etc.) se suele utilizar para lograr la disminución de los niveles de ansiedad ante la realización de pruebas o tratamientos, ante la espera de resultados y la posibilidad de fracasos repetidos, y en definitiva, para preparar a las parejas ante los numerosos estresores sociales por los que suelen pasar (Campagne, 2008). El tratamiento afectivo-emocional debe ser siempre en un entorno de confidencialidad y de confianza, y con un apoyo profesional íntegro, que les permita llegar a recuperar las experiencias y facetas gratificantes de la pareja, que en ocasiones quedan relegadas a un segundo lugar durante los tratamientos, y recuperar, en definitiva, el bienestar en todas las áreas de su vida.

Existen recomendaciones a nivel nacional e internacional específicas que recogen con rigor los protocolos de evaluación e intervención para el psicólogo en el

contexto de la Reproducción Asistida desarrolladas por las sociedades científicas (ASRM, ESHRE, o Sociedad Española de Fertilidad, SEF).

Referencias

- Antequera, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C., & Ávila, A. (2008). Principales trastornos psicopatológicos asociados a la infertilidad [Main psychopathological disorders associated with infertility]. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2) 167-175.
- Ávila, A., & Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 186-196.
- Campagne, D. M. (2008). El estrés: ¿en qué momento del tratamiento médico de la infertilidad debe tratarse? *Papeles del psicólogo*, 29(2), 197-204.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 14, 45-45.
- Limiñana-Gras, R. M. (2015). *La Psicología en Salud Reproductiva*. Recuperado el 22 de febrero, 2016, de <http://psicologiareproductiva.org/>
- Limiñana-Gras, R. M. (in press). Health and Gender Perspective in Infertility. En Sánchez-López y Limiñana-Gras, *The Psychology of Gender and Health. Conceptual and Applied Global Concerns*. Elsevier.
- Matorras, R.; Crisol L. y Ferrando, M. (2012). Epidemiología de la esterilidad. En: J. Remohí, J. Bellver, R. Matorras, A. Ballesteros & A. Pellicer. *Manual práctico de Esterilidad y Reproducción Humana. Aspectos Clínicos*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Moreno, A., y Guerra, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*.
- Moreno-Rosset, C. (2009). *Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Moreno-Rosset, C. (2010). *Infertilidad*. Madrid: Síntesis.
- Murray, S., Awartani, K. A., & Péloquin, S. (2015). International challenges in patient-centred care in fertility clinics offering assisted reproductive technology: providers' gaps and attitudes towards addressing the patients' psychological needs. *Journal of European CME*, 4.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I. & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the "Heidelberg Fertility Consultation Service". *Human Reproduction*, 16 (8),1753-1761. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/16.8.1753>