

¿QUÉ SABEMOS HOY SOBRE LAS RELACIONES ENTRE ESTRÉS E INFERTILIDAD?

WHAT WE KNOW TODAY ABOUT THE RELATIONSHIP BETWEEN STRESS AND INFERTILITY?

PS. ROSARIO DOMÍNGUEZ V. (1)

1. PSICÓLOGA. PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO. UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA. CLÍNICA LAS CONDES. rdominguez@vtr.net

RESUMEN

El objetivo de este artículo es sintetizar los resultados de la investigación acerca de la relación entre factores psicológicos, particularmente el estrés, e infertilidad. Los primeros estudios basados en casos clínicos, exploraron las características psicológicas o conflictos intrapsíquicos que pueden ser causa de infertilidad. Posteriormente la investigación puso el acento en describir las consecuencias emocionales más frecuentes de la infertilidad y sus tratamientos. Además se describieron las diferencias en la respuesta emocional de hombres y mujeres. Estos estudios aportaron a relevar la importancia de un abordaje integral de la infertilidad que integre los aspectos emocionales. En base a las teorías sobre el estrés y la incidencia de los estilos psicológicos de enfrentamiento del estrés, se caracterizó el estrés específico asociado a la infertilidad y los tratamientos (ámbito personal, de relación de pareja y social) y se desarrollaron instrumentos de evaluación. Se estudió qué tipo de enfrentamiento produce una mejor adaptación tanto en hombres como en mujeres. En los años 90 se han realizado varias investigaciones siguiendo parejas infértiles, que demostraron que el nivel de estrés experimentado afecta significativamente la calidad de la relación de pareja, la adherencia a los tratamientos y la respuesta a los mismos expresada en tasa de embarazo y número de ciclos de tratamiento para lograr una gestación. De la investigación surgen conclusiones que orientan la metodología y el contenido de la intervención psicosocial para que ésta sea una contribución efectiva en la salud mental de las personas, su adherencia al tratamiento y el resultado de los mismos.

Palabras clave: Infertilidad, estrés, psicología, intervención psicosocial.

SUMMARY

The aim of this article is to summarize the results of research concerning psychological factors, particularly stress, in relation

to infertility. The first studies based on clinical cases, explored the psychological characteristics or intrapsychic conflicts associated to infertility. Subsequently, studies placed emphasis on describing the most frequent emotional consequences and their treatment. The differences in the emotional response from men and women were also described. These studies contributed to highlight the importance of an integral approach to infertility which includes emotional aspects. Based on the stress theories and the incidence of psychological coping styles, it was possible to characterize stress associated specifically to infertility and its treatment (personal, for couple and social relationships), the type of approach which produces better adaptation, both in women and men, and also to develop methods of evaluation. In the 90's various studies involving infertile couples, demonstrated that the level of stress experienced has considerable effect on the quality of couple relationships, adherence to treatment and the efficacy of the treatments themselves, expressed in terms of pregnancy rates and the number of cycles needed to achieve a pregnancy. Findings from these studies have helped to orient the methodology and content of psychosocial intervention, thus helping to contribute positively to the mental health of couples, their adherence to infertility treatment and the results, themselves.

Keywords: Infertility, stress, psychology, psychological intervention.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad es una condición médica y al mismo tiempo es una experiencia psicológica que afecta a las personas en un ámbito personal y en su relación de pareja, ya que implica la frustración del proyecto de vida personal y familiar, introduciendo inseguridades respecto del futuro. Esta experiencia se da en un medioambiente social que interviene, siendo en general una fuente de presión para la pareja, que por sus dificultades para embarazarse y tener hijos no cumple con expectativas

sociales y no accede al ejercicio de los roles parentales en una etapa en que el grupo de referencia sí lo empieza a vivir. Como estos roles comprometen en forma muy importante la vida, las parejas infértiles quedan excluidas de muchos espacios e interacciones sociales.

Los principales efectos emocionales de la infertilidad que se describen a partir del estudio de parejas infértiles son ansiedad aumentada, disminución de la autoestima, alteración en la relación con el entorno social, y efectos negativos en la relación de pareja y funcionamiento sexual. Si bien estas reacciones no están presentes en todas las personas afectadas, son frecuentes en una gran proporción particularmente de las mujeres y varían a lo largo del proceso, siendo más leves cuando las parejas inician tratamiento, aumentando cuando el proceso incluye muchos tratamientos sin embarazo y disminuyendo nuevamente cuando aunque no se ha logrado embarazo, las parejas han ido desarrollando una mayor aceptación y adaptación al problema.

¿EXISTE UNA RELACIÓN CAUSAL ENTRE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS E INFERTILIDAD?

La pregunta sobre las relaciones entre la vida psicológica de las personas y la condición biológica de infertilidad ha sido constante en la literatura especializada. Se ha intentado responder esta pregunta partiendo de distintas hipótesis.

El foco inicial de la investigación sobre aspectos psicológicos e infertilidad se orientó hacia el estudio de la hipótesis psicogénica, siendo el supuesto central que factores psicológicos pueden causar infertilidad. Fueron estudios cualitativos realizados principalmente en mujeres de parejas con infertilidad de causa desconocida. Se identificaron y describieron constelaciones psicopatológicas y conflictos intra-psíquicos que contribuían a la génesis de la infertilidad. Incluso se consideró la infertilidad como un cuadro psicósomático (1).

Posteriormente, debido a los avances de la medicina para diagnosticar y tratar las causas biológicas de los problemas reproductivos, la infertilidad de causa desconocida se redujo significativamente. Esta situación y un enfoque más positivista de la investigación psicológica, desacreditó los estudios psico-dinámicos que basándose en casos clínicos, explicaban la infertilidad por problemas psicológicos.

A partir de los años 70 los estudios enfatizan la hipótesis de las consecuencias psicológicas de la condición de infertilidad, es decir cómo la infertilidad produce una respuesta emocional más o menos generalizada entre los individuos afectados y ésta puede ser descrita, con sus particularidades según género. En el marco del desarrollo del ciclo vital, la incapacidad de procrear impide completar las tareas de desarrollo adulto creando así una situación de desequilibrio emocional que puede derivar en un desajuste psicológico o bien en un crecimiento derivado de una positiva resolución de la crisis.

En una revisión de la investigación descriptiva y empírica sobre las re-

acciones psicológicas a la infertilidad, se concluye que el foco de la respuesta psicológica está puesto en la pérdida de control, los cambios en la identidad personal, y efectos negativos en la autoestima. Se describen también en este trabajo los efectos en las relaciones sociales con los grupos de referencia (2). Revisiones posteriores encuentran coincidencia en los estudios respecto de respuestas emocionales características y un patrón reconocible en cuanto a las etapas en la respuesta psicológica, las cuales son equivalente a las etapas que siguen a un duelo (3). Las descripciones que realizó y publicó B. E. Menning en 1980 sobre la respuesta emocional que produce la infertilidad y el efecto psicológico de los tratamientos, tuvieron un gran impacto en cuanto a recomendar servicios de apoyo psicológico asociados a los equipos de tratamiento médico y organizar grupos de auto-ayuda de parejas infértiles (4). El modelo de la secuela psicológica de la infertilidad creó conciencia entre los equipos médicos que trataban a las parejas infértiles de la importancia de un enfoque interdisciplinario que considerara los aspectos psicosociales asociados a la infertilidad.

EL ESTRÉS ESPECÍFICO DE LA INFERTILIDAD

A partir de los años 90 numerosos estudios apoyan la hipótesis de que la infertilidad es un factor de estrés significativo que puede producir síntomas emocionales. Cuando se compara mujeres con diagnóstico de infertilidad con un grupo control equivalente en las variables socio-demográficas, se constata una mayor prevalencia y predictibilidad de depresión en el grupo estudio. Las mujeres infértiles tienen mayor prevalencia de sintomatología depresiva que su universo de referencia y los niveles de síntomas ansiosos y depresivos son equivalentes a los de mujeres con otras patologías tales como, enfermedad coronaria, cáncer, o portadoras de virus SIDA (5).

Existen numerosos estudios descriptivos que muestran y dimensionan las reacciones psicológicas a la infertilidad. Algunos de ellos miden la respuesta emocional utilizando instrumentos para evaluar ansiedad y/o depresión. Estudios más recientes identifican aspectos específicos del estrés asociado a la infertilidad y desarrollan instrumentos para evaluarlo.

Se observa que las parejas afectadas por infertilidad muestran índices mayores de ansiedad y/o depresión, lo cual no implica una mayor incidencia de trastornos mentales propiamente tal, sino una respuesta emocional que corresponde a la experiencia de constatar que el embarazo no se produce espontáneamente en los tiempos esperados, lo cual frustra la expectativa de seguir adelante con el proyecto de vida de la pareja. En general los estudios coinciden en señalar que las mujeres tienden a estar más perturbadas por la experiencia de infertilidad y por el tratamiento de la misma que los hombres, incluso cuando el diagnóstico no es atribuible a ellas o es ambiguo.

Al mismo tiempo el diagnóstico médico interviene en la respuesta emocional. Los hombres con un diagnóstico de factor masculino tienden a experimentar más emociones negativas, se sienten más estigmatizados, hacen más atribuciones auto-denigratorias y experimentan sentimientos

de pérdida y baja autoestima (6). Un estudio llevado a cabo con 1.153 mujeres y 1.149 hombres con el propósito de elaborar un instrumento de evaluación del "estrés percibido asociado a la infertilidad", confirmó los hallazgos de otros estudios en relación a que la experiencia de infertilidad produce una mayor alteración emocional en mujeres que en hombres. Este estudio también detectó que en las parejas con diagnóstico de factor masculino, la infertilidad fue percibida como más estresante tanto para hombres como para mujeres, al compararlo con parejas con diagnóstico femenino o con infertilidad de causa desconocida (7). En base a la experiencia clínica, se podría explicar este resultado observando que a diferencia de lo que ocurre en la infertilidad femenina, cuando es el hombre quien tiene el problema, la pareja parece quedar más vulnerable frente a las dificultades y preocupaciones sociales. Las mujeres se inhiben de comunicar el problema a las personas cercanas en el intento de proteger a su pareja y en esa medida, se privan de una de las herramientas más utilizadas por las mujeres para aliviar el estrés, que es la comunicación, la expresión de sus emociones y la búsqueda de apoyo social.

Se ha caracterizado la condición de infertilidad como una experiencia estresante desencadenada a partir de una situación que en la mayor parte de los casos es sorpresiva, no anticipada por lo cual la pareja carece del conocimiento y las habilidades cognitivas y emocionales para enfrentarlo en buena forma. Como resultado, las parejas responden de acuerdo a cómo enfrentan otro tipo de problemas vitales, en un intento de recuperar el control sobre sus vidas y el equilibrio personal y en la relación de pareja que se ha visto alterado.

EL ESTRÉS Y LOS MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO DEL ESTRÉS

Cuando se estudia la respuesta emocional de hombres y mujeres, no sólo como consecuencia de una situación estresante, sino como resultado de la relación entre dicho estímulo y los recursos de enfrentamiento de cada persona, se puede observar que para este tipo de estresor hay estilos de afrontamiento más adecuados que otros; es decir, hay enfrentamientos más protectores y otros más ineficientes, y en esa medida generadores de mayor perturbación psicológica. Esta visión se enmarca en la teoría de Lazarus y Folkman (8). Se conceptualiza el estrés que sufren los seres humanos como muy diferente de lo que ocurre en animales, dados los elementos cognitivos y emocionales que están presentes en la lectura de la situación estresante y en la percepción de los propios recursos para responder a ella. Hablar de estrés no es hablar de un tipo de estímulo, o de un tipo de respuesta, sino que es el producto de una relación entre la persona y el medio ambiente. En esta concepción la percepción subjetiva de una experiencia y la percepción de la propia capacidad para reaccionar a ello median en forma importante la cualidad e intensidad del efecto emocional experimentado. La percepción de una determinada situación estará teñida por las experiencias vitales previas, la personalidad del sujeto, y el contexto en el cual el estímulo estresante es experimentado. El estilo de enfrentamiento de esa situación o estímulo también estará modelado a partir de la personalidad del sujeto, las experiencias emocionales anteriores y el significado social de la experiencia.

En la conceptualización de los autores Lazarus y Folkman ya citados, el estilo de enfrentamiento ("coping style") se define como el esfuerzo cognitivo y conductual orientado a controlar, manejar, o convivir con el estrés en situaciones en que el estímulo adverso, de acuerdo a la propia percepción del sujeto afectado, excede los recursos personales para enfrentarlo.

De acuerdo a esta concepción las estrategias primarias de enfrentamiento del estrés se pueden clasificar de la siguiente forma:

- Focalizadas en la comprensión del estímulo o situación adversa.
- Focalizada en la solución del problema que se genera a partir de dicha situación.
- Focalizada en la expresión de las emociones que produce.

Otra clasificación distingue estrategias de evitación activa ("evito ver mujeres embarazadas o encontrarme con parejas con hijos"), estrategias de confrontación activa ("muestro mis sentimientos, pido consejos"), estrategias de evitación pasiva ("ya ocurrirá, espero un milagro") y estrategias basadas en atribuir un significado positivo a la experiencia ("la espera que implica hacer tratamiento para intentar embarazo me sirve para crecer como persona").

Varios estudios realizados con parejas infértiles han encontrado que las estrategias de evitación están consistentemente asociadas con aumento de la perturbación psicológica. Al contrario, tanto la confrontación activa, ("busquemos información para emprender un camino de solución") como la atribución de un significado positivo, ("este tiempo de espera nos permite profundizar la relación de pareja") se asocian con una mejor adaptación al estrés de la infertilidad (9).

Considerando la naturaleza compartida del dolor de la infertilidad, se ha estudiado cómo afecta a cada miembro de la pareja la forma de enfrentar la situación de la infertilidad que caracteriza la respuesta del otro y cómo incide esto en la calidad de la relación y en el bienestar de ambos.

Para estudiar esta interacción la unidad de análisis es la pareja y se utiliza una metodología estadística especialmente diseñada para la estimación simultánea del efecto individuo y del efecto pareja ("Actor Partner Interdependence Model") (10).

Un estudio prospectivo de cohorte realizado en 2.250 personas comenzando tratamiento de infertilidad, evaluó 12 meses más tarde las 816 parejas que no habían logrado tener un parto. Con instrumentos estandarizados se midió el estrés asociado a la infertilidad, la calidad de la comunicación de pareja sobre el tema y las estrategias de enfrentamiento del estrés producido por la infertilidad. Se observó que las dificultades en la comunicación de pareja en lo relacionado con su infertilidad son predictoras de alto estrés. También predice un nivel alto de estrés un estilo de evitación activa del problema (volcarse al trabajo, evitar estar con mujeres embarazadas u otra conducta sistemática de evitación). Entre los hombres, la confrontación activa (expresar sus sentimientos, buscar apoyo con

otras personas) predijo una disminución del estrés. Entre las mujeres, la atribución de un significado positivo al problema de la infertilidad predijo un nivel de estrés significativamente menor (11).

Uno de los últimos estudios publicados que intenta describir esta interacción y sus efectos en la relación de pareja y en el bienestar psicosocial de ambos, fue realizado en 1169 mujeres y 1081 hombres en tratamiento de infertilidad (12). Cuando se tenía la información de ambos miembros de la pareja se pudo observar el factor de interacción de pareja. Los casos con información de un solo miembro de la pareja, contribuyeron a la descripción de la respuesta psicológica en hombres y en mujeres. Las conclusiones del estudio refuerzan lo obtenido en estudios similares previos confirmando la naturaleza sistémica del enfrentamiento emocional en la experiencia de infertilidad, es decir, la influencia que tiene la respuesta emocional del otro miembro de la pareja en la propia reacción.

En síntesis, se observa que las mujeres utilizan una mayor variedad de estrategias de enfrentamiento que los hombres. Cuando el hombre o la mujer utiliza un enfrentamiento activo o pasivamente evitativo, su pareja estará más afectada(o) emocionalmente en aspectos personales, sociales y de relación de pareja.

Cuando el hombre tiene un estilo de enfrentamiento en que confronta activamente el problema, es decir expresa abiertamente sus sentimientos negativos frente a la infertilidad, busca información y consejo y busca la comprensión de los otros, esto disminuye el malestar en la mujer, pero no ocurre así cuando es la mujer quien confronta activamente el problema. En este caso los hombres tienden a sentirse más perturbados y la relación de pareja se ve más afectada, particularmente cuando el hombre tiene un estilo opuesto y tiende a guardar sus sentimientos para sí mismo. Esto se expresa en algunos casos en la discordancia que puede existir en la pareja en temas tan sensibles como a quién y cómo se debe comunicar (o no comunicar) el problema de infertilidad en relación al grupo familiar o social.

Cuando la mujer le atribuye a la experiencia de infertilidad un sentido positivo, (la ha ayudado a crecer como persona, la ha estimulado a plantearse otras metas en esta etapa) ello disminuye su propio nivel de estrés y también el de su pareja. Esto puede deberse a que en general ambos tienen un ritmo y una premura diferente en enfrentar y resolver el problema. Para las mujeres es más difícil tolerar un ritmo más lento y parar el tratamiento para hacer una pausa, por ejemplo. Atribuir un significado positivo y poner la mirada en otros aspectos de la vida disminuye esa presión y le da tiempo a su pareja para conocer, dimensionar y comprometerse activamente con el problema y su resolución, logrando así mayor coincidencia.

EL ESTRÉS EN LA RELACIÓN DE PAREJA

El estrés que produce la infertilidad, particularmente cuando es prolongada, afecta la relación de pareja en un sentido positivo o negativo. Se ha visto que la calidad de la comunicación de pareja en torno la infer-

tilidad y sus caminos de solución y los mecanismos de enfrentamiento del estrés de la infertilidad que usen el hombre y la mujer, son factores que inciden.

Además de lo anterior, conflictos frecuentes que se observan en la dinámica de la relación están mediados por las siguientes situaciones (13):

- El diagnóstico específico de la infertilidad, es decir si es un factor exclusivamente masculino o femenino. Ello puede asociarse a culpa, auto-reproche, o bien a reproches expresados en forma abierta o encubierta.
- La expectativa consciente o inconsciente de que el otro miembro de la pareja, "sienta y se exprese en la misma forma y con la misma intensidad que yo lo vivo".
- Cuando uno de ambos ya ha sido madre o padre.

Se observa por lo tanto, que una fuente importante de conflicto, es la diferencia en el nivel de estrés individual percibido en ambos miembros de la pareja.

El estrés asociado a la infertilidad y el resultado de los tratamientos

En los últimos años la investigación ha vuelto a focalizarse en el estudio sobre el efecto del estrés en la génesis y mantención de la infertilidad y en particular en los resultados de los tratamientos. A diferencia de los primeros estudios que intentaban demostrar la hipótesis de la ansiedad como causa de infertilidad, en este caso se ha utilizado una metodología científica que busca establecer asociaciones controlando las variables biológicas determinantes en el pronóstico de los tratamientos.

De la investigación que desarrollan en el presente psicólogos asociados a los grupos de salud mental de las sociedades europea y americana de medicina reproductiva (ESHRE y ASRM), empieza a surgir evidencia acerca de la asociación entre la presencia de estados de ánimo negativos y la respuesta a los tratamientos de fertilidad expresado en tasas de embarazo o en número ciclos de tratamiento que requiere una pareja para lograr un embarazo. Esta asociación que se ha demostrado en mujeres que intentan concebir naturalmente (14) también se observa entre quienes se someten a tratamiento de infertilidad. La asociación ha sido establecida utilizando distintas formas de evaluar el malestar psicológico y estableciendo asociaciones con una respuesta más pobre o más lenta al tratamiento. Se han utilizado medidas de ansiedad, depresión, estrés específico asociado a infertilidad y también se han utilizado indicadores biológicos de estrés, específicamente parámetros hormonales e inmunológicos.

Strauss y colaboradores (15) estudiaron la importancia relativa de distintas variables psicológicas en la predicción de embarazos y continuación del tratamiento en una muestra de 140 parejas que buscaban tratamiento especializado, un año después del primer contacto con la clínica de infertilidad. Las parejas respondieron cuestionarios sobre funcionamiento psicológico individual e interpersonal, satisfacción vital y marital, actitudes hacia los niños, atribuciones causales de la infertilidad y expectativas en relación al resultado del tratamiento. Se observó

que las variables psicológicas explicaron un monto de la varianza en el logro de embarazo y se asociaron con abandono de tratamiento. Las parejas que abandonaron tratamiento antes de un año, tenían un mayor descontento en el área personal e interpersonal (en el caso de las mujeres) y en el área de la relación de pareja (tanto hombres como mujeres). También quienes abandonaron tratamiento antes de un año, tenían una predominancia en las atribuciones internas sobre la causa de la infertilidad ("nuestra infertilidad se debe a nuestra insatisfacción sobre la vida que llevamos o a nuestros problemas de relación"). El malestar psicológico fue evaluado como un "factor de riesgo" de una disminución de la tasa de embarazo.

Otros estudios también han demostrado que la exigencia psicológica que enfrenta la pareja tiene efectos indirectos en el resultado del tratamiento, en cuanto produce abandono. Esto concluyen estudios recientes realizados en países en que los tratamientos están cubiertos por los sistemas de salud, por lo cual la variable económica no explica el abandono. Las parejas abandonan el tratamiento debido a la amenaza que significa para la estabilidad de la pareja el estrés experimentado (16).

En estudios recientes, la relación recíproca entre estrés e infertilidad parece ser cada vez más convincente y algunas investigaciones han intentado precisar cómo interviene el estrés de cada miembro de la pareja en el resultado del tratamiento y cómo interviene en éste el estrés específico asociado a la relación de pareja.

En un estudio prospectivo de cohorte realizado en 818 parejas prontas a comenzar tratamiento se evaluó el efecto por separado y conjunto del estrés asociado a la infertilidad del hombre y la mujer (distinguiendo distintas fuentes de estrés: personal, social y de pareja) en el resultado del tratamiento 12 meses después de iniciado mismo (17). La medida de resultado fue embarazo o no embarazo y número de ciclos de tratamiento. Se observó que el estrés asociado a la infertilidad se asoció con un resultado pobre en hombres y mujeres siendo la asociación significativamente mayor en ellas. El estrés que surge en el ámbito personal y marital mostró una asociación más marcada que el estrés de origen social. Las mujeres que mostraron mayor estrés en el ámbito marital necesitaron más ciclos de tratamiento para concebir. El estudio que controla las variables edad de la mujer y tiempo de infertilidad concluye que los resultados proporcionan evidencia a cerca de los efectos directos e indirectos del estrés en el resultado de los tratamientos de infertilidad.

Los autores comentan la aparente discrepancia de esta conclusión con los estudios que muestran sólo una asociación indirecta entre estrés y resultado del tratamiento mediado por el abandono del mismo. En el estudio de Boivin, el número promedio de tratamientos en mujeres con alto estrés marital fue mayor y la probabilidad de embarazo por ciclo menor. La relación entre estrés en la relación de pareja y resultado de tratamiento no es simple. En algunos casos ello afecta la persistencia en el tratamiento y en otros, puede tener efectos directos en procesos biológicos que subyacen al éxito del tratamiento.

También se ha estudiado el efecto que tiene en el resultado del tratamiento la presencia de otros eventos de vida diferentes a la infertilidad que inciden en la calidad de vida en el tiempo que precede al tratamiento. En un estudio en 809 mujeres de 31,2 años de edad promedio, se evaluó previo a un tratamiento de reproducción asistida, la ocurrencia de eventos adversos y el estrés percibido frente a ellos. La frecuencia de embarazos fue significativamente mayor entre quienes no estaban sufriendo de estrés asociado a otros eventos de vida. En el análisis de los factores que mediaban esta relación se observó una diferencia en la cantidad de ovocitos recuperados en la aspiración folicular (18).

Se han propuesto hipótesis biológicas que dan cuenta de la relación entre estrés, ansiedad y la menor probabilidad de una respuesta positiva a los tratamientos de infertilidad. Una hipótesis es que la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal durante el estrés interfiere con el proceso hormonal, generando una cascada de otros eventos hormonales que afectan la función reproductiva. También se han postulado efectos más indirectos mediados por comportamientos que comprometen la fertilidad, como el consumo de tabaco, por ejemplo. La investigación futura debiera explorar sobre los mecanismos biológicos que median esta relación entre estrés y resultado de los tratamientos.

Asimismo, es relevante explorar sobre los factores que moderan estos efectos y las intervenciones que pueden disminuir el estrés agudo que se genera cuando se diagnostica infertilidad y cuando se enfrenta tratamiento.

LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LAS PAREJAS EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD

Considerando que la experiencia de infertilidad es fuente de estrés en el ámbito personal, de relación de pareja y de las relaciones con el entorno social, y considerando, también, que el nivel de bienestar emocional contribuye en forma directa e indirecta en la adherencia a los tratamientos y en una respuesta positiva a ellos, la inclusión de actividades de consejería psicológica con las parejas y las características de las intervenciones adquiere gran relevancia.

El objetivo de estas intervenciones es mejorar el bienestar y la salud emocional de las parejas, incentivar la comunicación abierta en la pareja sobre la experiencia de infertilidad, promover estrategias de enfrentamiento del estrés que han demostrado ser más efectivas y apoyar el desarrollo de los recursos emocionales que permiten una mejor contención y acompañamiento mutuo en el proceso.

Un componente siempre presente en esta intervención es la psico-educación. El objetivo es ampliar el conocimiento sobre el diagnóstico y sus implicancias y reforzar la comprensión de los procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento. La psico-educación también incluye la comprensión de la respuesta emocional que está produciendo la condición de infertilidad y los hallazgos diagnósticos. Se motiva la reflexión sobre los posibles cambios en los significados psicológicos personales atribuidos a

esta condición, las posibles formas de enfrentamiento, y los comportamientos que pueden contribuir a una mejor aceptación y adaptación al proceso de tratamiento. Una psico-educación que integre los elementos cognitivos y el desarrollo de habilidades emocionales para sobrellevar el proceso se orienta a disminuir el estrés y recuperar la sensación de control sobre la propia vida. Estos aspectos permiten una participación más activa de la pareja para tomar decisiones en las distintas etapas del tratamiento y les permite tener expectativas más realistas sobre los tiempos y resultados del tratamiento. Según las investigaciones más recientes, esto también contribuiría a una mejor respuesta a los tratamientos.

CONCLUSIÓN

La experiencia de infertilidad y los tratamientos constituye una situación de estrés.

El estrés de la infertilidad puede comprometer con distinta intensidad el ámbito personal, de relación de pareja o social.

El significado psicológico que la persona le atribuye al hecho de la infertilidad y el estilo de enfrentamiento que con mayor énfasis utiliza, son factores que modulan la respuesta emocional haciéndola más o menos perturbadora. La calidad de la comunicación de la pareja sobre el problema y su solución también es un predictor de la respuesta emocional.

Los estilos de enfrentamiento personales y las formas de afrontar el problema en pareja son aspectos susceptibles de cambio y aprendizaje, así como otras estrategias de alivio del estrés.

La psico-educación y las técnicas de consejería y psicoterapia focalizada en el problema son efectivas en disminuir el estrés de la infertilidad y facilitar la adherencia a los tratamientos.

Las intervenciones psicosociales son relevantes tanto para preservar la salud mental de las personas que sufren infertilidad como para lograr mejores resultados en los tratamientos, considerando la creciente evidencia acerca de las relaciones directas e indirectas entre estrés e infertilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benedek T. Infertility as a psychosomatic defense. *Fertil Steril* 1952; 3:357-41.
2. Dunkel-Schetter C, Lobel M. Psychological reactions to infertility. In Stanton C. *Infertility: perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press, 1991: 29-57.
3. Greil A. Infertility and psychological distress: A critical review of literature. *Social Science Medicine* 1997; 45:1679-784.
4. Menning BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertil and Steril* 1980; 34:313-19.
5. Domar A. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil and Steril* 1992; 1158-63.
6. Nachtigall RD, Quiroga SS, Tschann JM, et al. Stigma disclosure and family functioning among parents with children conceived through donor insemination. *Fertil Steril* 1997; 68: 1-7.
7. Newton C. The fertility problema inventory: Measuring perceived infertility related stress. *Fertil Steril* 1999; 72: 54-62.
8. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer, 1984.
9. Verhaak C, Hammer Burns L. Behavioral medicine approaches to infertility counseling. In *Infertility Counseling: a comprehensive Handbook for clinicians* Covington SN, Hammer Burns L, eds (2006).
10. Cook, WL, Kenny DA. The actor-partner interdependence model: a model of bi-directional effects in developmental studies. *Int J Behav Dev* (2005) 19:101-109.
11. Schmith L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problema stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction* 2005 20(11): 3248-3256.
12. Peterson B, Pirritano M, Christensen U, Schmidt, The impact of partner doping in couples experiencing infertility. *Human Rproduction* 2008 23 (5): 1128-1137.
13. Domínguez R, La pareja infértil: el proceso psicológico de la mujer, el hombre y la relación. *Roizblatt S. Terapia Familiar y de Pareja*. Mediterraneo, 2006.
14. Stoleru, S et al Psychological factors in the etiology of infertility: a prospective cohort study. *Human Reproduction* 1993; 8:1039-46.
15. Strauss B, Staeding G, Mettler L, Psychological characteristics of infertile couples: can they predict pregnancy end treatment persistence? *J Community Apply Soc Psychol* 1998;8:289-301.
16. Olivius C, Friden B, Borg G, Bergh C, Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertil Steril* 2004; 81: 258-61.
17. Boivin J, Schmidt. Infertility related stress in men and women predicts treatment outcome one year later. *Fertility and Steril* June 2005; 83: 1745-52.
18. Ebbesen SMS, Zachariae R, Mehlsen MY, et al Stressful life events are associated with a poor in vitro fertilization outcome: a prospective study *Human reproduction* 2009 24(9): 2173-2182.

La autora declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.