

Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida

Grupo de Interés en Psicología

Sociedad Española de Fertilidad

*Agustín Moreno, Diana Guerra Díaz, Giuliana Baccio, Vicenta Giménez Molla, Pilar Dolz Del Castellar
Pareja, María del Mar Tirado Carrillo, Katy Gutiérrez Herrera, Marian Gil Rabanaque*

ÍNDICE

	Pág.
1. Prólogo	1
<i>Dr. Buenaventura Coroleu Lletget</i>	
2. ¿Por qué unas Guías de Consejo, Apoyo e Intervención Psicológica al Paciente en Medicina Reproductiva Asistida?	3
<i>Diana Guerra Díaz</i>	
3. Procesos Emocionales en Pacientes sometidos a Técnicas de Reproducción Asistida	11
<i>Agustín Moreno; Diana Guerra Díaz</i>	
4. Evaluación Psicológica en Unidades de Reproducción Asistida	19
<i>Vicenta Giménez</i>	
5. Intervención Psicológica en Medicina de la Reproducción Asistida	29
<i>Diana Guerra Díaz, M^a del Mar Tirado</i>	
6. Intervención Psicológica grupal en Reproducción Humana Asistida.	47
<i>Katy Gutiérrez</i>	
7. Homoparentalidad y Técnicas de Reproducción Asistida	55
<i>Giuliana Baccino</i>	
8. Mujeres Solas que Acuden a Técnicas de Reproducción Asistida.	65
<i>M^a Ángeles Gil</i>	
9. Apoyo Psicológico en Pacientes que Recurren a Tratamiento de Reproducción Asistida con Donación de Gametos	73
<i>María del Mar Tirado Carrillo; Pilar Dolz del Castellar Pareja</i>	
10. Anexo I: Protocolos de Intervención Psicológica en Medicina de la Reproducción	89
<i>Diana Guerra Díaz</i>	

"¿De dónde venía yo cuando tú me encontraste?, preguntó el niño a su madre. Ella riendo y llorando, le respondió apretándolo contra su pecho: "Tú estabas en mi corazón, con su ansia, amor mío. Estabas con las muñecas de juguete de mi infancia, y cuando cada mañana hacía yo la imagen de mi Dios con barro, a tí te hacía y te deshacía. Estabas en el altar con el Dios de nuestra casa, al adorarlo a él, te adoraba a tí. Estabas en todas mis esperanzas y en todos mis cariños. Tú has vivido en mi vida y en la vida de mi madre. Tú fuiste uniendo, siglo tras siglo en el seno del espíritu inmortal que rige el hogar nuestro. Cuando yo era una muchacha y mi corazón habría sus hojas, tú flotabas en fragancia a mi alrededor... primer amor del cielo, hermano gemelo de la luz del alba, bajaste al mundo en el río de la vida y al fin te paraste en mi corazón"

R. Tagore

1.- PRÓLOGO

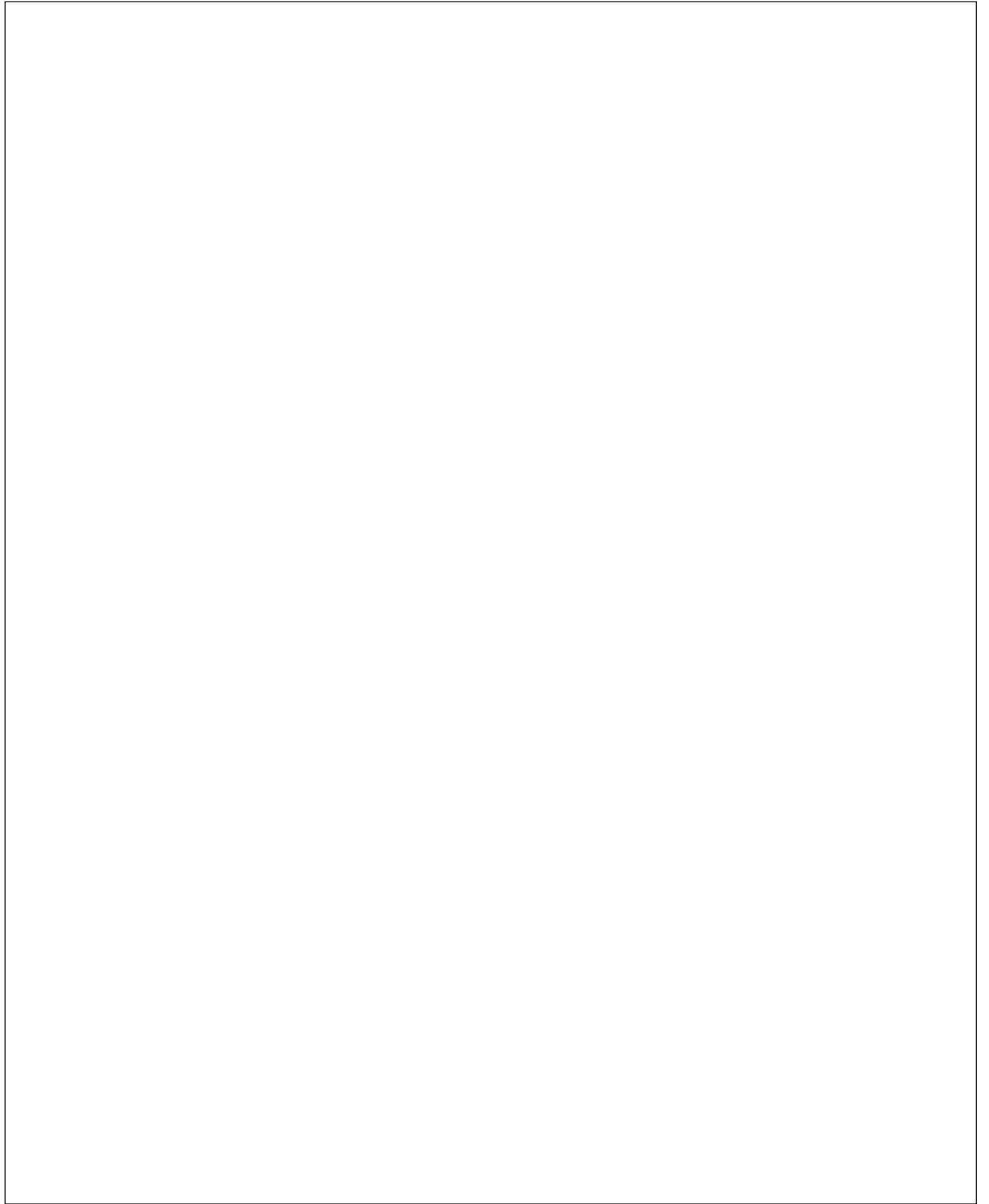
La dificultad de tener hijos, cuando existe un deseo claro de tenerlos, resulta ser una de las situaciones más difíciles que debe abordar tanto la persona como la pareja afecta. Los individuos en esta situación se ven enfrentados, en muchas ocasiones, a una crisis que genera angustia y sentimientos de pérdida y frustración importantes. Todo puede empezar en las etapas de diagnóstico, fase de inicio del proceso, siguiendo por las diferentes etapas de tratamiento. Las personas en esta situación deben enfrentarse a una sensación de incertidumbre y de falta de control que a menudo dan lugar a respuestas psicológicas diversas. Como sabemos, éstas dependerán en gran medida de los recursos psicológicos personales, la relación de pareja, la intercomunicación, el estado de ánimo general y eventos que pueden añadir componentes estresantes a la situación en sí.

Desde la Junta Directiva y el Comité Científico de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) valoramos indispensable que dentro de los Grupos de Interés de la Sociedad uno estuviera especializado en Psicología y su relación con los problemas de fertilidad. En ánimo de nuestra SEF siempre ha sido agrupar a todos los profesionales que están interesados en los problemas reproductivos. Por supuesto, en esta línea, el enfoque psicológico de la esterilidad es una entidad y un servicio importantísimo que debemos dar a nuestros pacientes. La psicología y sus profesionales son uno de los colectivos que está alcanzando una mayor relevancia en nuestra especialidad. Cuando el éxito se cuantifica en la tasa de embarazo y ésta se encuentra por debajo del cincuenta por ciento debemos prepararnos y tener las herramientas suficientes para podernos enfrentar al fracaso y sus consecuencias de forma exitosa.

Nuestros pacientes deben saber y recordar que si uno se siente agobiado, fuera de control, angustiado y deprimido no está sólo. En primer lugar está su pareja y por supuesto están todos los profesionales que siempre les ayudarán. Esta premisa, que lógicamente debemos tener siempre presente, en muchas ocasiones no es fácil de poder brindar. El profesional médico y paramédico debe tener claro lo que puede hacer y cómo puede ayudar; por ello, el disponer de unas guías de apoyo psicológico van a ser unas herramientas de gran utilidad tanto para el especialista en psicología como al profesional en general. El trabajo bien hecho siempre tiene su recompensa, y por supuesto estas guías van a ser un referente claro en el campo de la reproducción humana y de sus problemas.

La asistencia integral de la pareja con problemas de esterilidad debe incluir el soporte psicológico desde el primer momento. Las parejas con dificultades en conseguir una gestación tendrán problemas emocionales y estamos seguros que gracias a esta guía, elaborada por el Grupo de Interés en Psicología coordinado por Agustín Moreno, será una ayuda fundamental. Tan sólo me resta daros las gracias y felicitar a todos los miembros del Grupo de Interés de Psicología por el buen trabajo realizado.

Buenaventura Coroleu Lletget
Presidente de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF)



Por qué unas guías de consejo, apoyo e intervención psicológica al paciente en medicina reproductiva asistida

Dra. Diana Guerra Díaz

IVI Barcelona

I. INTRODUCCIÓN

La medicina moderna afronta la resolución de los problemas de salud de la población, desde un abordaje multidisciplinar. La alteración, en mayor o menor medida, de las esferas biológica, psicológica y social de los sujetos, hace imprescindible su enfoque a través de un equipo de profesionales, expertos en áreas diversas, y coordinados hacia un mismo objetivo.

En el caso de la Medicina de la Reproducción, los factores psicológicos y sociales hacen necesaria una respuesta no sólo biológica, sino también a través de la actuación de otros especialistas no médicos.

En ese sentido es importante la organización de circuitos asistenciales, multidisciplinarios, que posibilite las diferentes competencias y responsabilidades, hacia una atención integral de los usuarios (a partir de ahora, pacientes).

Las actuales directrices que rigen los Centros de Reproducción Asistida, en Europa y Estados Unidos, enfatizan el que las parejas, o pacientes en general, perciban también la calidad asistencial, a través del cuidado social y anímico.

Para ello es imprescindible que todos los miembros del equipo terapéutico desarrollen al máximo su capacidad y habilidades, creando un ambiente positivo centrado en el paciente. Este cuidado se hará a través del consejo por parte de todas las personas del equipo ante las posibles dificultades sociales y emocionales que pueda presentar cualquier persona infértil.

Esta actitud exige sensibilidad y comprensión hacia la dimensión psico-social de la infertilidad y esterilidad (se utilizará el término generalizado infertilidad a partir de ahora excepto cuando se refiera exclusivamente a subfertilidad o esterilidad), y no sólo hacia el éxito biológico de la reproducción.

La mayoría de los resultados obtenidos hasta la fecha sobre el éxito de la intervención psicológica en los resultados biológicos, medidos en porcentaje de embarazos, son contradictorios, aunque indican una probabilidad menor de conseguir una concepción o una mayor probabilidad de aborto espontáneo en mujeres que presentan problemas o trastornos psicológicos y/o psiquiátricos. Los resultados de estos estudios subrayan la importancia de considerar los factores psicológicos en la selección de pacientes para tratamientos de esterilidad y la aplicación de intervenciones psicológicas antes de los tratamientos médicos, lo que pudiera ser de utilidad para reducir el malestar y el deterioro psicológico de los pacientes.

También se hace evidente la importancia que supone ofrecer programas de Medicina Conductual como son los grupos terapéuticos para aumentar el grado de satisfacción respecto al tratamiento de las parejas y por lo tanto, aumentar la probabilidad de repetición de ciclos de tratamiento (Domar, 2000).

Sin embargo, la evidencia de que el porcentaje de concepciones sea mayor después de una intervención psicológica es todavía poco convincente. En los trabajos mencionados se pudo demostrar que el porcentaje de concepciones de las parejas que entraron en los programas de Medicina Conductual era equivalente al de la población general, pero al no utilizarse un grupo control en condiciones homogéneas, no se pudieron obtener resultados concluyentes sobre esta cuestión (Guerra, 1999).

El Grupo de Interés de Psicología en Medicina Reproductiva formado en el marco de la Sociedad Española de Fertilidad, se propone incrementar el conocimiento y comprensión de los aspectos psicológicos y emocionales de la salud reproductiva. Estos profesionales están involucrados en la educación del público en general y de la comunidad profesional; así

como también en la investigación que ayuda a responder los cuestionamientos que esta nueva tecnología reproductiva presenta.

Siguiendo las indicaciones europeas a este nivel, se pretende realizar protocolos que ayuden a los Centros de Reproducción Asistida a hacer una buena atención centrada en el paciente, así como a conocer y tener directrices sobre la intervención emocional al paciente infértil y estéril.

Este grupo ha elaborado las Guías de Consejo, Apoyo e Intervención Psicológica en Reproducción Asistida, lo cual ha sido una labor basada en reuniones del grupo ejecutivo del GI, para llegar al consenso y publicación de unas guías que puedan aportar conocimiento y ayuda a los profesionales de nuestro país en este campo tan novedoso desde el punto de vista humano y emocional.

Las Guías han sido elaboradas para el personal médico y resto de profesionales implicados en el tratamiento de la Infertilidad. Por lo tanto, son unas guías que pueden ser de ayuda también para los profesionales de salud mental, con el objetivo de dar respuesta global a las necesidades de los pacientes.

Siguiendo las indicaciones europeas a este nivel, se pretende realizar protocolos que ayuden a los Centros de Reproducción Asistida a hacer una buena atención centrada en el paciente, así como a conocer y tener directrices sobre una buena intervención psicológica al paciente infértil.

El Protocolo que actualmente propone el Grupo, se ha elaborado basándose en la experiencia clínica de los componentes del mismo, así como en los conocimientos aportados por otros grupos y países, en la materia. El Protocolo se presenta en el Anexo 1.

Esta primera publicación aborda temas fundamentales, como son los procesos emocionales, la intervención terapéutica, las familias homoparentales, los grupos, las mujeres solas y la donación.

Sabemos que quedan muchos temas por tratar y elaborar, entre ellos, los úteros de alquiler, las dificultades sexuales y de pareja, el consejo genético y el consejo a Familias creadas a través de técnicas de Reproducción Asistida.

II. CONSEJO O CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE

La consulta de infertilidad difiere de otras consultas obstétricas y ginecológicas centradas en un proceso mórbido.

La consulta de infertilidad se caracteriza por:

- 1) Estar centrada en un deseo o meta no satisfecha.

La asistencia psicológica no se va a centrar pues, en llegar a un diagnóstico psicopatológico, sino en cuantificar el sufrimiento subjetivo en función de las características personales y psico-sociales del paciente.

- 2) El deseo de tener éxito. El éxito del tratamiento va a suponer la existencia de otra persona. Al no existir todavía, esta persona no puede ser incluida en el proceso de toma de decisiones ni en el tratamiento.

Existen muchos aspectos éticos específicos, derivados de la ausencia de esa persona-objetivo. Algunas cuestiones esenciales a considerar son: el ambiente familiar en el cual va a nacer un niño concebido a través de la reproducción asistida, su posterior desarrollo y cualquier posible contradicción o conflicto entre los deseos de los pacientes y los presuntos intereses del niño.

- 3) La instauración de un tratamiento protocolizado, en ocasiones cíclico ante el fracaso puntual.

Este proceso, de larga duración y de tomas de decisión reiteradas, con frecuencia crea un estrés emocional específico, acompañado no pocas veces de decepción, y en muchas ocasiones, de desesperación.

- 4) Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en el área de la Medicina de la Reproducción, tienen un impacto importante sobre la vida personal de los pacientes, desde el momento que el sentimiento de enfermedad es muy relativo en ellos.

El objetivo principal que suelen plantearse tanto profesionales como pacientes, en los Centros de Reproducción Asistida es el de conseguir un embarazo a término.

Ante esta realidad existe el peligro de que el impacto emocional de la infertilidad sea minimizado y que el problema se reduzca meramente a su abordaje médico o biológico.

En este sentido, el Grupo de Psicología y "Counselling" de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) publicó unas Guías para el Apoyo Psicológico en Infertilidad en las que se recomienda atender las necesidades psico-sociales y emocionales de los pacientes además de los procedimientos médicos necesarios, distinguiendo dos tipos de intervención (Boivin et al, 2001):

- a. El cuidado centrado en el paciente ("patient-centered care"), que se refiere al apoyo emocional o consejo, que cualquier miembro del equipo de reproducción asistida debiera proporcionar mediante su comprensión y apoyo ante los eventos

estresantes, como por ejemplo, la notificación de una prueba de embarazo negativa.

- b. La ayuda psicológica profesional que debe realizar un profesional de la Salud Mental y que, se considera, debiera ser ofrecida sistemáticamente en los Servicios de Reproducción Humana Asistida.

El objetivo básico de cualquier consejo y apoyo psicológico (sea éste centrado en el paciente o de tipo profesional) es el de asegurar que los pacientes comprendan las implicaciones de sus opciones de tratamiento, reciban el suficiente apoyo emocional y puedan enfrentarse de manera saludable a las consecuencias de la experiencia de infertilidad. Se cree que un enfoque más holístico de la atención al paciente puede mejorar los resultados de salud, incrementar la satisfacción del paciente y la del equipo, reducir las reacciones psico-sociales negativas y ayudar a los pacientes a aceptar sus experiencias.

El Grupo de Interés de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad ha sido desarrollado con el fin de alcanzar los objetivos mencionados, mostrando las vías de integrar la atención centrada en el paciente en las actividades diarias del equipo médico y, al mismo tiempo, mostrar las vías para hacer uso de la asesoría e intervención profesional para satisfacer cualquier necesidad excepcional de los pacientes.

Formación e implementación de la Atención Centrada en el paciente dentro del Servicio de Medicina de la Reproducción.

La formación de la totalidad de los miembros del equipo, en “counselling” (a partir de ahora, consejo), debiera realizarla un experto en Psicología de la Medicina Reproductiva. El Consejo que cualquier persona en contacto con los pacientes debe ofrecer, es necesario para conseguir una buena satisfacción con el tratamiento y que éstos sientan que reciben atención emocional por parte de todo el equipo.

Esta atención centrada en los pacientes se conseguirá mediante el aprendizaje de los contenidos de las Guías, impartido por una persona entrenada en consejo emocional, así como en el seguimiento y revisión sistemático del resultado de su implantación.

Un programa de formación e implementación debiera consistir en:

- a. La formación de los profesionales del centro sobre las habilidades y la resolución de cada uno de los puntos mencionados en las mismas Guías. Los aspectos emocionales, tanto de los pacientes como de los propios profesionales, así como los legales, los pura-

mente técnicos o la mejora de la calidad asistencial, deben ser abordados en una primera etapa.

El objetivo fundamental durante la implementación de un programa como el que se propone es crear un foro donde puedan ser tratados aquellos temas, que hasta el momento no tenían contenido dentro del Grupo Médico, y en los que se considerará la perspectiva del psicólogo, de la enfermería, de los técnicos de laboratorio, de los biólogos, la relación equipo-paciente, el rol de los diferentes profesionales integrantes del equipo, y la atención que se está dispensando al paciente desde un punto de vista emocional.

- b. La supervisión por parte del experto en apoyo emocional de que se está realizando la atención adecuada, mediante la observación y el aporte de estrategias de role-playing o resolución de problemas en aquellos casos que parezca necesario.

c. La prevención de posibles dificultades emocionales a través de información y de la enseñanza de estrategias de afrontamiento ante posibles crisis o dificultades que puedan aparecer.

e. La evaluación sistemática de la satisfacción de los pacientes en cuanto a consejo y apoyo emocional por parte del equipo, mediante cuestionarios de satisfacción percibida.

III. QUIÉN DEBE DISPENSAR CUIDADO E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Ya se ha mencionado que para poder aconsejar de una forma planificada y hábil, los profesionales de la Reproducción Humana Asistida requieren una formación en “consejo”, así como una formación en el conocimiento profundo de los aspectos psico-sociales y físicos de la infertilidad. En las Guías del Grupo de Psicología y Counselling de la Eshre, el “counselling” o consejo se refiere al apoyo en la búsqueda de información y análisis de esta información, al asesoramiento en la explicación de las implicaciones que conlleva cada tratamiento y a la facilitación de la toma de decisiones.

El consejo, tal y como se entiende en las Guías de la ESHRE consistirá en:

Búsqueda de información y análisis, implicaciones y toma de decisiones

La responsabilidad principal del médico es dar suficiente información sobre los aspectos médicos del tratamiento. Sin embargo, los pacientes consultan a los consejeros (directamente o en un proceso de deri-

vación) para obtener más información concernientes a las implicaciones sociales y emocionales del tratamiento de infertilidad. A menudo, la tarea del consejero es la de ayudar al individuo a coleccionar y dar sentido a toda la información que se ha de considerar al hacer decisiones relativas al tratamiento y a otras opciones de paternidad. El “counselling” o consejo de implicaciones pretende capacitar a la persona o personas a quienes concierne, es decir, entender las implicaciones que tendrá la acción que se proponen para ellos mismos., para su familia y para cualquier niño nacido como resultado de la misma. El “counselling” o consejo que se centra en la información y las implicaciones debe asistir al paciente a la hora de tomar decisiones sobre el curso de acción más apropiado. Debiera ser distinto del concepto legal de consentimiento informado. El “counselling” de implicaciones debería centrarse en el significado específico de cualquier información que se le da al individuo y enfatizar las consecuencias de la toma de decisiones en el tratamiento- incluida la finalización del mismo- para cada una de las personas que están implicadas en el proceso. Este tipo de “counselling” es especialmente importante en el contexto de donación de esperma y donación de óvulos y en la subrogación, pero debiera ser parte de cualquier otro tipo de “counselling”.

“Counselling” de apoyo

El “counselling” o consejo de apoyo pretende dar apoyo emocional a los pacientes que experimentan distrés. El distrés puede estar causado por la frustración fruto del deseo no alcanzado de tener un hijo, por la presión social y familiar, así como por la tecnología reproductiva empleada y su tasa de éxitos limitada. Este distrés produce la necesidad de soporte emocional de muchas fuentes (como son los miembros de la familia, la pareja, grupos de ayuda). El proceso de tratamiento también provocará periodos de distrés especial que puede incrementar la necesidad del “counselling” de apoyo. Por ejemplo, durante las fases de evaluación intensas, cuando hay un fallo para conseguir el embarazo, en las decisiones conflictivas respecto a finalizar un tratamiento, en el momento de acabar un tratamiento, y otras situaciones difíciles. Mientras que la provisión de dar soporte emocional debiera ser parte de cualquier atención centrada en el paciente o tratamiento, el “counselling” de apoyo debe centrarse específicamente en los recursos del paciente para afrontar el distrés emocional y/o físico y en elaborar estrategias nuevas de afrontamiento que serán de ayuda en el manejo de si-

tuaciones estresantes. Ocorre a menudo que los pacientes necesitan ayuda cuando se acaba un tratamiento. Es decir, cuando la pareja deja de ser paciente en la clínica. Los servicios de consejo en las clínicas debieran estar diseñados para que los pacientes puedan acudir a la ayuda del profesional a pesar de haber acabado con los tratamientos.

“Counselling” terapéutico o intervención psicológica

En infertilidad existe a menudo una progresión natural del “counselling” o consejo de apoyo al “counselling” terapéutico o intervención psicológica. En años recientes se han desarrollado varios modelos de “counselling” terapéutico (Hammer, Burns & Covington, 1999) describiendo una amplia variedad de modalidades (p. Ej. individual, en pareja o grupo) y de estrategias de intervención psicológica.

El “counselling” terapéutico o intervención psicológicas puede consistir en:

- * el reflejo de los problemas de la historia del individuo (y familia),
- * la aceptación de la situación,
- * el significado e impacto de la infertilidad, incluido el trabajo del duelo que se produce,
- * el trabajo sobre una alternativa de vida y conceptos de futuro ,
- * el desarrollo de estrategias de afrontamiento y estrategias para minimizar el distrés,
- * resolución de problemas y conflictos ,
- * aspectos específicos, como por ejemplo los sexuales, maritales y otros problemas interpersonales.

El “counselling” terapéutico más generalizado comprende el soporte, las estrategias orientadas al afrontamiento y la resolución de problemas. El marco teórico de los modelos de “counselling” o intervenciones psicológicas descritas en la literatura hasta la fecha varían, incluyendo la psicoterapia psicoanalítica, las técnicas cognitivo-conductuales la psicoterapia centrada en búsqueda de soluciones, la intervención en crisis y el consejo en el proceso de duelo. Las intervenciones basadas en estos modelos pueden ser diseñadas y aplicadas en cualquier momento que se considere apropiado, tanto antes, durante, como al finalizar el tratamiento.

Calificaciones para poder dar consejo y apoyo en las clínicas de infertilidad

Las calificaciones necesarias para poder aconsejar a los pacientes infértiles varían de un país a otro país

dentro de la Unión Europea. En algunos países las recomendaciones gubernamentales son las que describen quién puede actuar como consejero en las clínicas de fertilidad. En el Reino Unido, por ejemplo, la Human Fertilisation and Embryology Authority (1991) ha hecho un abordaje sobre las calificaciones necesarias, siendo las mínimas requeridas:

-un certificado o calificación en Asistencia Social o una calificación equivalente reconocida por el Central Council of Education and Training in Social Work (Consejo de Educación y Formación en Trabajo Social) o

-una acreditación por la British Association of Counsellors (Asociación Británica de Consejeros) o

-Estatus de conocimientos en Psicología (“Chartered Psychologist status”).

En otros países no existen reglamentos gubernamentales pero las sociedades profesionales que tienen guías para los profesionales médicos en las clínicas de infertilidad también ofrecen guías sobre las calificaciones que deben tener los consejeros trabajando en clínicas de infertilidad. Por ejemplo la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (American Society for Reproductive Medicine), a través del Grupo de Salud Mental Profesional (Mental Health Professional Group) (Hammer Burns & Covington, 1999), recomienda:

- Una graduación en una profesión de salud mental (p.ej., psicología, asistencia social)

- Una licencia (registro, certificado)

- Formación en los aspectos psicológicos y médicos de la infertilidad

- Un mínimo de un año de experiencia clínica

- Asistencia regular a programas de educación continuada

En otros países las calificaciones están determinadas por los modelos de trabajo adoptados por los departamentos médicos y por lo tanto, se describen las calificaciones necesarias para trabajar en el campo de la medicina y no sólo en el de infertilidad.

Una revisión de la literatura pone en evidencia que no existen unos criterios acordados para los profesionales de la salud mental que trabajan con este grupo de pacientes (Lemmens et al, 2004). Sin embargo, parece que por lo menos, los consejeros deberían tener formación en salud mental y formación en aspectos médicos y psicosociales de la infertilidad (Hammer Burns & Covington, 1999).

¿Qué ocurre en nuestro país?

En nuestro país no existe el papel del consejero. De hecho, la aparición del “counselling” como técni-

ca psicológica es muy reciente. Dar apoyo emocional o consejo son funciones que en los Servicios de Medicina Reproductiva puede asumir el médico, una enfermera, un biólogo o cualquier otro profesional. Dado que para el consejo de apoyo y de implicación, según el grupo de expertos de la ESHRE, debe tenerse un aprendizaje en psicología, el Grupo de Interés de Psicología de la SEF considera que este es un papel que ha de cumplimentar el Psicólogo o que debería supervisar el Psicólogo tras la enseñanza de estas habilidades al resto del equipo clínico. En algunos centros de Reproducción Humana Asistida, se empieza a tener profesionales de la Psicología que además de hacer evaluaciones a las poblaciones que la Ley indica (donantes básicamente o posibles donantes), también ofrecen apoyo y consejo de implicación a los pacientes. Por otro lado, es importante que se tenga en cuenta que, dado que entre los pacientes que acuden a Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) puede existir entre un 20 y un 65% de psicopatología (Guerra, 1988), es importante considerar la necesidad de un Psicólogo, ya sea interno o de referencia, para la detección de estos casos y posterior tratamiento.

Sin embargo, existen muchas discusiones en los foros europeos sobre la mejor aplicación de la intervención psicológica en los Servicios de Medicina Reproductiva, se discute si el psicólogo debería ser parte del equipo o no, debería ser un evaluador o no y quién debe pagar sus intervenciones.

¿Debería ser el psicólogo parte del equipo médico de infertilidad o debería tener una posición independiente?

El hecho de que el Psicólogo pueda pertenecer al equipo asegura al paciente la facilidad del acceso al consejo de apoyo y de implicación así como el intercambio interdisciplinario. Sin embargo, se debe decidir dentro del equipo en qué medida se dará la información que se derive durante el consejo. Así mismo, para mayor confidencialidad, el paciente debería ser informado de éstos términos y estar de acuerdo mediante un consentimiento informado.

En el caso de ser un psicólogo independiente, trabajando fuera del equipo, facilitará que el paciente vea al consejero como una entidad independiente y le llevará a una mejor confidencialidad. Esto pudiera ser una dificultad con los otros profesionales que puedan ofrecer su atención centrada en el paciente, porque tendrán al alcance menos información sobre ellos.

Esta es una decisión que suele estar determinada por el tipo de centro, y por muchos otros factores, pero el Grupo de Interés considera que, a ser posible, se

combinen ambas opciones, existiendo un psicólogo dentro del equipo y uno de referencia externo.

¿Debieran evaluar los consejeros?

En algunos países se lleva a cabo una evaluación de capacidad antes del tratamiento, especialmente en la donación de gametos y en todas las técnicas en las que hay intervención de terceras partes. Esta evaluación pretende asegurar la seguridad de todos los pacientes involucrados, especialmente la del niño por nacer. Existen controversias sobre si es apropiado que el psicólogo sea la persona apropiada para llevar a cabo estas evaluaciones. Por un lado, el psicólogo tiene las habilidades para realizar este tipo de evaluaciones, por el otro, si el consejo se considera voluntario y un proceso con inicio y final, los pacientes tienden a ser menos abiertos si se les realiza una evaluación

Los pacientes que utilizan los servicios de consejo tanto internos como externos a las clínicas tienen a menudo dificultades y quejas sobre el uso que se hará de la información que han dado durante todo el proceso. Aunque exista una distinción clara entre evaluación y consejo, sigue existiendo la expectativa (sospecha) de que el consejero pudiera estar involucrado en el sistema de selección. Si éste es el caso, el proceso de apoyo psicológico y el establecer una relación de credibilidad pueden verse deteriorados. En ocasiones los pacientes pueden estar suspicaces a la hora de pedir ayuda. Sin embargo, también puede darse el caso de que los psicólogos se vean obstaculizados para defender la autonomía de los pacientes y abogar por sus intereses aún cuando exista distinción entre la evaluación y el consejo.

Incluso si hay demarcación clara entre las sesiones que implican evaluación/consejo y las que implican el asesoramiento, puede ser que todavía sea útil centrarse en el dilema y pedir que los pacientes expresen sus preocupaciones, miedos y fantasías, en relación con las consecuencias del asesoramiento.

Si se superan estas dificultades, se debe animar a los pacientes a asistir a las sesiones de apoyo y a discutir abiertamente todos los temas relevantes.

¿Debieran hacer consejo otras personas del staff?

En casi todas las alternativas que consideran los pacientes infértiles existen temas psico-sociales y médicos. Las implicaciones médicas han de ser consideradas por el personal médico, de enfermería y científico entrenado adecuadamente. Las implicaciones psico-sociales son mejor consideradas por aquellos que proporcionan apoyo psicológico (tal y como se

ha descrito en la introducción de esta sección). Mientras que esta distinción puede ser de ayuda para el staff, a menudo los pacientes no saben hacer esta distinción y por lo tanto pueden pedir a cualquier persona del staff sobre un “consejo” con implicaciones tanto médicas como psico-sociales. En la práctica, esta realidad requiere que todo el staff tenga algún conocimiento sobre temas psico-sociales relacionados con la infertilidad así como habilidades de comunicación que puedan ayudarles a dar soporte al paciente a través del proceso médico. Es vital que todo el staff reconozca sus propias limitaciones y evite discutir sobre áreas que están fuera de su competencia: por ejemplo, cuando el consejo de implicación revela problemas psicológicos y el paciente debe ser referido al psicólogo.

¿Quién debe derivar a los pacientes?

Este enunciado se refiere a si los pacientes deben ser enviados al psicólogo, si sólo un grupo específico debe ser referido a apoyo psicológico o si los pacientes deben elegir ser enviados al consejero. Un consenso mínimo sería el de facilitar el acceso a un servicio de apoyo psicológico a todos los pacientes, independientemente del tipo de tratamiento y de si existe una demanda psicológica. Sin embargo, no todos los pacientes que pudieran beneficiarse quieren aceptar esta oferta. Como consecuencia, a veces el personal médico necesita jugar un papel más activo a la hora de ofrecer el apoyo como una ayuda útil en la terapia médica.

¿Debiera ser un requisito la supervisión psicológica?

Existen muchos terapeutas y consejeros que consideran que la supervisión ayuda a evitar la transferencia y contra-transferencia, también es útil para su desarrollo profesional y para evaluar el proceso de psicológico. Algunas entidades profesionales también requieren esta supervisión. Algunos consejeros eligen el campo de la infertilidad por su experiencia personal de problemas de fertilidad. Estos consejeros debieran decidir si es apropiado para ellos el ser supervisados y en qué grado.

¿Cómo han de ser pagados los consejeros y los psicólogos?

Existen varios métodos de incorporar el consejo y la intervención psicológica al tratamiento médico y estos harán que varíe la forma de pago del servicio. Si el servicio de apoyo psicológico está incluido en el

precio del tratamiento, será más fácil el acceso de un gran número de pacientes. Por otro lado, esto incrementa el coste del tratamiento para aquellos pacientes que no utilizarán el servicio. Los consejeros independientes suelen cobrar una tarifa y esto determina de alguna manera, quién puede acceder al psicólogo, pero también garantiza una alta motivación por parte del paciente que acude.

Dependerá de si se trata de un servicio público o privado y de los intereses gerenciales del servicio, pero en general, parece bueno que exista la figura del consejero incluida dentro de los servicios incluidos en el tratamiento general y que aquellos pacientes que requieran tratamiento psicológico costeen sus terapias.

¿Puede el equipo beneficiarse de la consulta del consejero?

No es infrecuente que los profesionales que trabajan con personas en conflicto emocional, se beneficien de los servicios de consulta y apoyo. Los consejeros pueden ofrecer la posibilidad a cualquier miembro del staff que trabaje con pacientes o decisiones difíciles, la ayuda necesaria en este sentido.

VI. CONCLUSIONES

La asistencia integral a la pareja estéril debe incluir el soporte psicológico desde el mismo momento en que ésta tiene conocimiento de su infertilidad. Ha sido demostrado repetidamente que las parejas estériles tienen problemas emocionales, no sólo atribuibles a su infertilidad, sino también debido a la propia búsqueda de soluciones y a las consecuencias del tratamiento elegido.

Lo que se ha llamado “el cuidado centrado en el paciente” puede ser un apoyo emocional que cualquier miembro del equipo de reproducción asistida debiera proporcionar mediante su comprensión y apoyo ante los eventos estresantes.

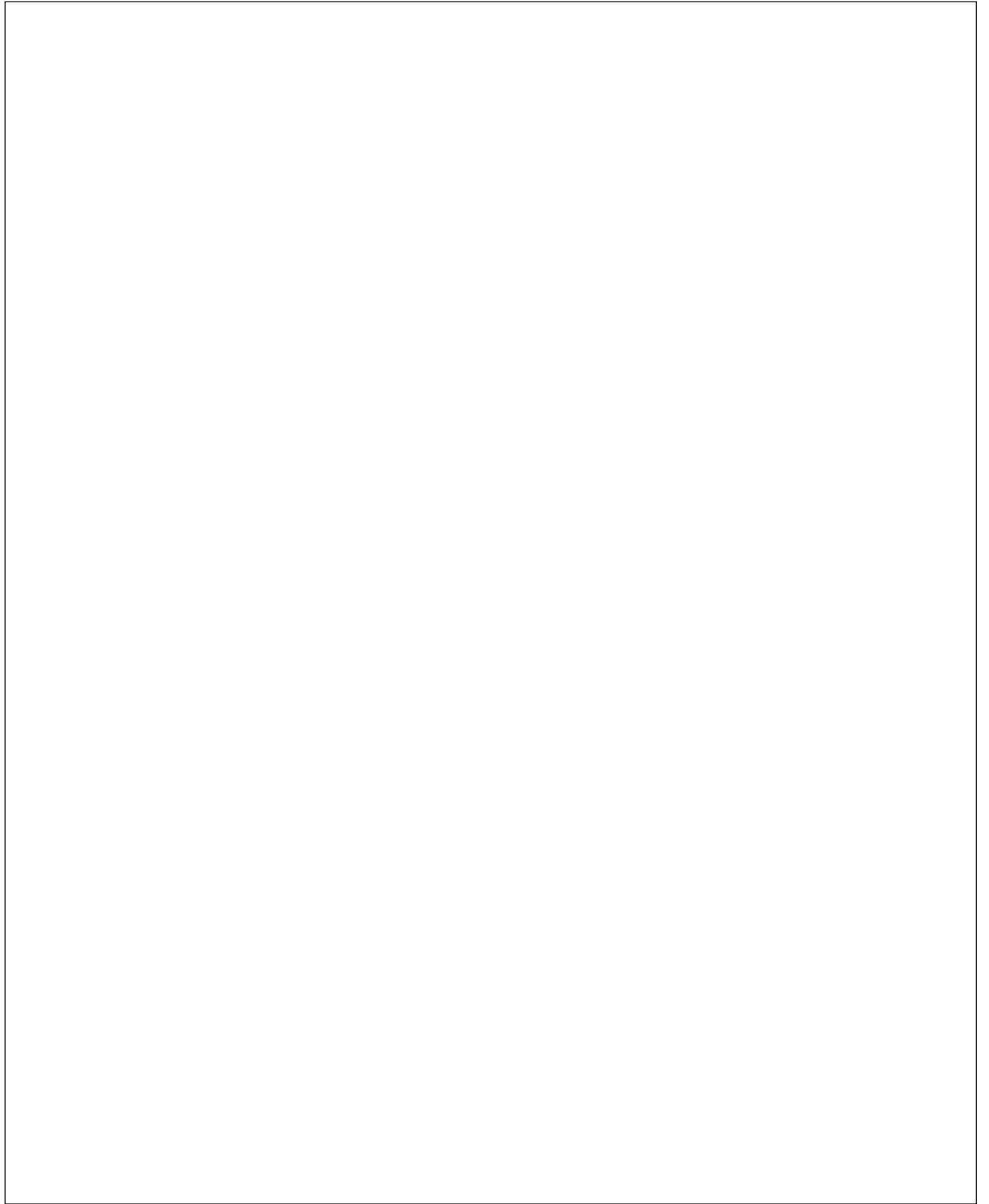
Por otro lado, la ayuda psicológica profesional a las personas que tienen alguna dificultad para reproducirse debiera ser ofrecida sistemáticamente en los

servicios de reproducción humana asistida. Es de desear, que como en otros países, ya se hubiera legislado la inclusión de la figura del psicólogo o del “consejero” en España. Así mismo, mediante la detección y tratamiento de las personas de “riesgo” psicopatológico, probablemente se evitarían ciclos de tratamiento que tuvieran pocas probabilidades de éxito y consecuentemente, aumentarían los porcentajes de embarazos en TRA.

En cualquier caso, es de vital importancia que las personas que tienen un problema de infertilidad o esterilidad preserven su salud mental, sea cual sea el resultado del tratamiento o de la vía de solución que utilicen.

BIBLIOGRAFÍA

- Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, Daniels KR, Darwish J, Guerra-Díaz D, Hammar M, McWhinnie AM, Strauss B, Thorn P, Wischmann T, Kentenich H (2001) Guidelines for counselling in infertility: outline version. Hum Reprod, 16:1301-1304.
- Domar AD, Slawsby EA, Kessel B, Freizinger M (2000) Impact of group psychological interventions on distress in infertile women. Health Psychol 19:568-575.
- Guerra, D. (1999) Aspectos psicosociales de la reproducción Asistida en Actualización en Reproducción Asistida. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Cátedra de Investigación de Obstetricia. UAB, Baqueira,.
- Guerra D, Llobera A, Veiga A, Barri PN (1988) Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. Human Reproduction; 13, 6, 1733-1736.
- Hammer, L. & Covington, S.N (1999) Infertility Counseling: Comprehensive Handbook for Clinicians. Taylor and Francis (ed).
- Human Fertilisation and Embryology Authority (1991) Special Exemption, Regulations 1991.
- Lemmens G M, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E, Vanderschueren D, Hooghe T D, Demyttenaere K.(2004) Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. Human Reproduction,; 19 (8): 1917-1923



Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida

Agustín Moreno,
Clínica Tambre Madrid
Diana Guerra Díaz,
IVI Barcelona

INTRODUCCIÓN

La concepción, la esterilidad, el embarazo, el parto y nacimiento de un nuevo hijo han sido tradicionalmente considerados por la psicología como momentos de crisis evolutivas en la vida de las personas, como explicaremos con algo más de detalle más abajo. Las crisis evolutivas hacen referencia “a los conflictos internos y la ansiedad que suelen acompañar a las importantes cuestiones humanas del propósito, la responsabilidad, la independencia, la libertad y el compromiso” (Gilliland y James, 1993).

El inicio de dificultades en la posibilidad esperada de tener un hijo suele acarrear la aparición de sufrimiento emocional, que será más o menos intenso en función de múltiples factores personales y situacionales. Hoy sabemos que aproximadamente entre el 25% y el 65 % de los pacientes sometidos a tratamientos de Reproducción Asistida presentan en algún momento síntomas clínicos de cierta significación, con predominio de la ansiedad, pero se observan también en proporciones importantes síntomas de depresión, desesperanza, culpabilidad, baja autoestima, etc.

Por otro lado, cada vez comienzan a ser más evidentes las complejas relaciones existentes entre los factores psicológicos y la fertilidad. El estrés empieza a ser reconocido en la literatura científica como un factor que en algunas ocasiones puede influir negativamente en la capacidad reproductiva de los seres humanos, hasta el punto de que probablemente

por lo que sabemos puede convertirse en determinante como elemento mediador en el caso de al menos un 5% de los problemas de esterilidad de origen desconocido.

Por todas estas razones se han hecho intentos sistemáticos para determinar cuáles son las dificultades emocionales experimentadas por las parejas estériles. La comprensión de estas dificultades y su abordaje terapéutico, por el profesional de la salud mental, se vuelve acuciante en el contexto clínico desde una perspectiva de visión integral de la atención requerida por los pacientes.

El presente capítulo pretende dar cuenta, aunque sea someramente, de los principales alteraciones emocionales que suelen darse en personas sometidas a tratamientos de reproducción asistida, contemplando cuáles son sus principales desencadenantes y sus mecanismos más habituales de mantenimiento.

Comprendiendo el proceso, “crisis vital”, impacto emocional y procesos cognitivos de valoración y afrontamiento, apoyo social

El diagnóstico de un problema de infertilidad/esterilidad suele suponer una auténtica “crisis vital” para las personas que lo padecen y sus parejas. *Los profesionales de la salud mental hablamos de “crisis vital” cuando en la vida de la persona se produce “una alteración del equilibrio emocional por el fracaso en la aproximación tradicional en la resolución de los problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, ansiedad y confusión”* (Lillibridge y Klukken, 1978). Expresado de otra manera, la persona se encuentra ante un problema, para el cual no

estaba preparada previamente y para afrontar el cual no dispone, al principio al menos, de soluciones que le indiquen como proceder.

Las crisis producen cambios que afectan al mundo interno de la persona de manera directa en:

- Las creencias: “podemos tener un hijo cuando nos lo propongamos”.
- Las actitudes: “seremos unos padres ideales”.
- Los sentimientos: “me siento querido y comprendido”.
- Las expectativas: “habrá que ir pensando en la educación del niño”.

Y generan por eso mismo ansiedad, desesperación, sentimientos de falta de control sobre la propia vida, de temor, de amenaza y de pérdida.

Cualquier crisis en el ciclo de vida de una persona presenta además una serie de características, de enorme importancia, para dar cuenta de las alteraciones cognitivas, psicológicas y fisiológicas que sufre el sujeto inmerso en ella (Rubin y Bloch, 2001):

- * Es un punto crítico, potencialmente catastrófico y gratuito, de la propia vida. Aunque es un fenómeno que se da en muchas otras personas, el sujeto lo vive como una experiencia solitaria y por tanto se siente solo y único ante el problema.
- * Muy raramente es percibido por los demás, cuando no intencionalmente ocultado, altera la vida de la persona pero la estructura social permanece inalterada.
- * El evento de la crisis vital provoca, cuando es conocido, que la gente que rodea al sujeto se movilice y responda de forma novedosa. También implica el contacto con profesionales expertos en una variedad de modalidades “asistenciales”.
- * Aunque con frecuencia es algo conocido socialmente y en muchos casos anticipado, esto no ayuda a que la persona se prepare: la crisis vital es vivida como algo impactante, inesperado y que puede sucederles a los demás pero nunca a uno mismo.
- * Implica siempre la pérdida del modo de vivir tal y como se da antes de la crisis. La vida ya nunca será igual.

Precisamente estas características van a dar cuenta del inicio de muchos de los problemas emocionales que nos encontraremos en los pacientes infértiles y sus parejas:

1. A nivel cognitivo: se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento habitualmente utilizados.
2. A nivel psicológico: al estado inicial de shock emocional se siguen sentimientos de negación, confusión, temor, tristeza, aplanamiento emocio-

nal, incredulidad, culpa, excitabilidad e inquietud.

3. A nivel fisiológico: pueden presentarse reacciones de estrés general.

Por otro lado, **el propio tratamiento médico y sus vicisitudes** es fuente, en muchas ocasiones, de alteraciones emocionales.

Si cualquier tratamiento médico es fuente de activación estresante para el paciente, el tratamiento de reproducción asistida lo es especialmente. El inicio de la intervención terapéutica sobre un aspecto tan íntimo como la capacidad reproductiva es vivido emocionalmente, en muchas ocasiones, como la cesión de un elemento de control personal importante en manos del profesional experto, el médico. Esta sensación subjetiva de pérdida de control suele verse incrementada por el sentimiento de fracaso personal y culpa, que suele afectar al miembro de la pareja al que se le diagnosticó el problema, y se ve agudizada hasta el extremo si el diagnóstico es ambiguo, como en los casos de infertilidad de origen desconocido.

La pareja entra en un “mundo nuevo” en el que la toma de decisiones se convierte en una parte integral de su vivencia cotidiana. Dudas y esperanzas sobre las opciones terapéuticas. Miedo al fracaso, soledad y ocultamiento social del problema, entran a formar parte del bagaje emocional de los pacientes. No es por tanto raro que, por lo general, encontremos expresiones emocionales de: aislamiento social y personal, culpa y culpabilización, ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja:

Aislamiento social y personal: La persona infértil, suele tener dificultades para explicar en su entorno sus problemas reproductivos, dado que aun existen muchos mitos y tabúes relativos a la infertilidad. En el caso de los varones, la infertilidad masculina suele tener connotaciones de falta de virilidad.

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

Culpa-Culpabilización: La culpa es un sentimiento muy común entre las personas infértiles. En el intento de determinar el por qué de su infertilidad, un miembro de la pareja puede pensar que sus anteriores comportamientos han podido causar el problema. Algunas personas piensan que han sido castigadas por sus actividades sexuales anteriores o por alguna interrupción de embarazo voluntaria acaecida en el pasado. También es frecuente oír lamentaciones entre

las personas que han utilizado anticonceptivos previamente sin saber que tenían o podían tener un problema de infertilidad. Frecuentemente el miembro infértil siente que está privando a su pareja de la oportunidad de tener hijos.

La culpabilización del uno al otro por su incapacidad para concebir puede acontecer, especialmente cuando sólo uno de los dos es infértil.

Ansiedad: Por anticipación negativa sobre los resultados del tratamiento, por dudas sobre sus efectos sobre la salud tanto del propio paciente como sobre su posible descendencia, ansiedad ante la adaptación al problema, ansiedad ante posibilidades nunca antes planteadas como la donación de gametos, etc.

Depresión: Por desbordamiento de las propias habilidades de afrontamiento ante las vicisitudes del tratamiento, como consecuencia del aislamiento social, del sentimiento de culpa, de las dificultades de pareja, etc.

Relación de pareja: De forma paradójica, las parejas infértiles se someten a un régimen médico estresante de visitas continuas, toma de temperatura diaria, medicaciones, intervenciones quirúrgicas y relaciones sexuales programadas. La infertilidad supone una carga en la vida diaria de estas parejas, afectando de alguna manera su estado emocional, social, físico, ocupacional e, incluso, intelectual.

Cada miembro de la pareja puede responder de forma diferente a los aspectos emocionales de la infertilidad. Como resultado de estas diferencias, uno puede sentir resentimiento ya que el otro no está experimentando las mismas emociones y/o al mismo nivel. La dificultad para comunicarse puede aumentar durante un tratamiento para la infertilidad. Frecuentemente, con el resultado de una nueva prueba o cuando el tiempo apremia, la confusión aumenta y la toma de decisiones cambia de dirección abruptamente. En ocasiones, los sentimientos de uno de los dos no llegan al otro. Cuando uno se guarda emociones y no las comparte, quizás con la intención de proteger al otro de sentimientos dolorosos, pueden incrementarse algunos sentimientos como son la angustia, culpa y una mayor tensión en la relación de pareja.

La vida sexual de la pareja se ve en muchos casos afectada disminuyendo la calidad y frecuencia de las relaciones sexuales.

La reiteración de los ciclos de tratamiento, por el fallo de los anteriores, suele provocar en la pareja fenómenos depresivos equivalentes a los descritos por Seligman como “Indefensión Aprendida”, con expectativas anticipadas de fracaso, culpa, baja autoestima y parálisis emocional. La persona se mueve en un conflicto emocional entre el deseo de ser

madre/padre y la anticipación “aprendida” de un nuevo tratamiento fallido.

Cada nuevo intento incrementa la angustia sufrida por los pacientes, con elaboraciones cognitivas de desesperanza: “nunca seremos padres”. La frecuencia e intensidad de actividades gratificantes de compensación se ve disminuida y en muchas ocasiones la vida afectiva y social de la pareja se empobrece.

Aumenta la percepción de fracaso y los intentos de ayuda del entorno más próximo suelen ser vividos como reproches. Es frecuente la aparición de sentimientos de envidia hacia las mujeres embarazadas y la evitación de reuniones con amigos o familiares donde haya niños pequeños, lo que a su vez provoca un incremento del aislamiento social y la pérdida paulatina de reforzadores externos.

Afrontamiento y procesos cognitivos de valoración

El modo en que cada sujeto va a verse afectado emocionalmente por el diagnóstico y el tratamiento de su problema de infertilidad/esterilidad es diferente en cada caso y depende de su personalidad, equilibrio emocional previo, recursos emocionales y conductuales, apoyo social externo, estado de sus relaciones de pareja, disponibilidad económica, etc., por citar solo algunos ejemplos pero, sobre todo, de las estrategias de afrontamiento que despliega ante el problema.

Cuando las personas se enfrentan a una situación que afecta de manera crucial al cumplimiento o no de un objetivo que consideran importante para sus intereses vitales, como es en nuestro caso el deseo de ser padres, y tal objetivo se ve obstaculizado por alguna circunstancia como el padecimiento de un trastorno de infertilidad, encaran tal dificultad realizando una valoración cognitiva del equilibrio entre las demandas externas de la situación (el trastorno y los problemas que acarrea) y sus recursos tanto internos como externos para hacer frente a tales demandas.

Podemos establecer una analogía, con una balanza, para explicar este proceso valorativo:

- * Un buen equilibrio entre las demandas y los recursos implica la ausencia de estados emocionales negativos (propios de la crisis) o una cantidad moderada de los mismos.
- * Si, por el contrario, las demandas de la situación en la opinión valorativa de la persona exceden de los recursos que cree poseer, se da un alto grado de emociones negativas. Está en “crisis”.

Estos estados emocionales negativos se manifiestan normalmente en forma de ansiedad y/o depresión y desesperanza.

La ansiedad es producto de que la persona en un

momento determinado no confía o confía poco en su capacidad para poder manejar las demandas de la situación de una manera efectiva.

La desesperanza y la depresión aparecen cuando la proporción de demandas de la situación es muy superior a la de los recursos que cree poseer el sujeto.

En el caso de la infertilidad, por ejemplo, los datos parecen indicar que las mujeres muestran más grado de malestar que los hombres ya que suelen valorar en mayor medida que estos los problemas de fertilidad como un cataclismo, además de soportar directamente el tratamiento y de sentir su fracaso con la bajada de la menstruación (Stanton, Tennen, Affleck y Mendola, 1991).

Creencias de control

Las creencias de control son un compuesto de creencias de contingencia y creencias de competencia (Flammer, 1992). Las creencias de contingencia son creencias sobre la probabilidad con que cierta acción conducirá a cierto resultado. Las creencias de competencia se refieren a la capacidad propia para producir estas acciones.

Las creencias de control son importantes por dos razones:

1. Son prerequisites para la planificación, inicio y regulación de las acciones orientadas a una meta.
2. Son parte del autoconcepto, determinan en gran medida los sentimientos de autoestima, causando estados emocionales tales como el orgullo, la vergüenza y la depresión.

En los problemas de infertilidad las personas experimentan una pérdida de control en un área típicamente asumible como controlable (Sanjuán, 2000). Por otro lado, el propio tratamiento de la infertilidad tiene factores predisponentes al incremento de la sensación de falta de control por parte de los pacientes: impredecibilidad del resultado como consecuencia en muchas ocasiones de fracasos en tratamientos anteriores, cronicidad, presencia de múltiples estresores, etc. Todos estos factores incrementan el grado de amenaza percibida y disminuyen la probabilidad de acciones eficaces para afrontarla, con el correspondiente correlato de disminución de la autoestima, bajada de la sensación de autoeficacia para la resolución del problema, desesperanza y depresión.

Por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres que repetían un tratamiento de Fertilización in Vitro mostraban un locus de control más externo que la media del grupo normativo de referencia (Beaupapiere, Jones y colab. 1994, citado por Sanjuán 2000) o es frecuente que las pacientes relaten pérdida de la sen-

sación de control sobre sus vidas tras el fallo del tratamiento (Tennen, 1991).

El manejo o afrontamiento

Otro elemento necesario para comprender la reacción de crisis y las emociones que la acompañan es el concepto de “manejo” o “afrontamiento” de la situación. Este concepto se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales negativas. Si el afrontamiento de la situación es inefectivo, el nivel de trastorno emocional producido por la crisis es alto. Sin embargo, cuando el afrontamiento o manejo de la situación es efectivo, el nivel de emociones negativas producto de la situación “crisis vital” suele ser bajo.

Las personas utilizamos dos formas de manejo o afrontamiento de las situaciones vitales que nos son adversas. Una está dirigida directamente al problema: obtenemos información sobre lo que podemos hacer y nos ponemos en marcha con el propósito de modificar la relación problemática con el medio. Por ejemplo, ante un problema de infertilidad, buscamos información sobre los tipos de tratamiento y su efectividad.

La otra forma de afrontamiento se centra en la emoción y tiene como finalidad regular las emociones producidas por la situación, por ejemplo, evitando pensar en el problema mediante la realización de algún tipo de actividad que nos distraiga.

Los dos tipos de manejo son efectivos frente a las situaciones vitales negativas, siempre que sean adecuados. En el caso de los problemas de fertilidad, estudios recientes han encontrado que las mujeres con este tipo de problemas que fueron entrenadas tanto en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento centradas en el problema como en la emoción, mostraron mejoras tanto en el malestar general como en el bienestar específico a la infertilidad.

Estrategias de afrontamiento inadecuadas como la evitación o la falta de aceptación de la responsabilidad sobre la resolución de los problemas, han revelado sus efectos negativos sobre las manifestaciones de estrés asociadas al tratamiento. Investigaciones como las de Stanton en 1991 o Tennen y cols., en el mismo año pusieron de manifiesto que cuando tanto hombres como mujeres utilizaban estrategias de afrontamiento de evitación como beber, comer, fumar más, evitar a los demás, etc., o de eludir las propias responsabilidades respecto del tratamiento, el grado de malestar subjetivo es mucho mayor que el manifestado cuando los sujetos utilizaban estrategias de afrontamiento

confrontativas, de autocontrol o de planificación de la solución del problema.

Autoeficacia percibida y adaptación

En situaciones vitales estresantes, como las que supone el tratamiento de los problemas de infertilidad, las creencias generales de eficacia pueden servir como recurso personal de afrontamiento o como factor de vulnerabilidad (Bandura, 1991, 1992; Jerusalem, 1993; Schwarzer, 1992). Cuando una persona tiene un alto nivel de eficacia percibida confiará en sus capacidades para dominar los diferentes tipos de demandas ambientales. Interpretará los problemas más como retos que como amenazas o sucesos incontrolables. Al contrario, las personas con baja autoeficacia percibida son más propensas a las dudas sobre sí mismos, a la ansiedad, a las valoraciones amenazantes y catastróficas de los sucesos y a la percepción de sus deficiencias a la hora de enfrentarse a situaciones y demandas difíciles.

En el caso de los problemas de fertilidad una mayor tasa de eficacia percibida se ha correlacionado con un menor impacto psicológico, así, por ejemplo, Litt, Tennen, Afflec y Klock (1992), encontraron que las mujeres infértiles con altas puntuaciones en optimismo (variable de alta correlación positiva en personas de buena autoeficacia percibida) fueron capaces de utilizar estrategias de afrontamiento que mantuvieron su bienestar emocional después de un tratamiento de Fecundación in Vitro fallido.

Apoyo Social

El apoyo social se ha revelado como una importante fuente de amortiguación de las consecuencias del estrés. (Cohen y Syme, 1985). Se ha hipotetizado dos formas diferentes en las que actúa este fenómeno de amortiguación:

1. El apoyo social puede interponerse en el camino entre el evento estresante y la persona afectada (por ejemplo, cuando otros ayudan a reinterpretar un acontecimiento o a minimizar la respuesta negativa del efecto ayudándole a reinterpretar un acontecimiento).
2. Mediando entre la respuesta de estrés de la persona afectada y el resultado (por ejemplo, cuando otros ayudan a tranquilizar a una persona afectada o le facilitan ayuda en cuanto a la adherencia al tratamiento médico) (Gil Roales Nieto, 2003).

También se ha postulado que en el caso de crisis vital, la ausencia o pérdida del sistema de apoyos so-

ciales y psicológicos puede poner en riesgo a las personas (Rubin y Bloch, 2001). Aunque también se ha descubierto que el apoyo social puede tener tanto efectos positivos como negativos.

El apoyo social puede adquirir efectos negativos, cuando las personas próximas al sujeto están en conflicto con él o, por características concretas, los próximos se vuelven reforzadores de las conductas inadecuadas del sujeto convirtiéndose en lo que en la literatura viene definiéndose como “estresores sociales”.

Las personas infértiles suelen mantener en muchas ocasiones en secreto su problema y el tratamiento, lo que les priva generalmente de apoyo social genuino por parte de su entorno, este desconocimiento hace que muchas veces la pareja se vea sometida a la presión social desde los tópicos de reproducción: “¿el niño para cuándo?”, “cuándo voy a ser abuela?”, etc. Las parejas infértiles suelen reunir a sus amigos y familiares donde se ha producido un embarazo o hay niños pequeños, lo que les priva de fuentes de gratificación social que antes disponían. Por el contrario, muchas veces cuando el problema es conocido por el entorno éste se vuelve en un estresor adicional al preguntar por ejemplo cada mes si se consiguió el embarazo.

La propia pareja puede constituirse igualmente tanto en un factor de apoyo como de estrés, la calidad de las relaciones previas, la capacidad de resolución de problemas en la pareja, las habilidades de comunicación entre sus miembros, etc., van a ser determinantes en una situación en que ambos miembros están sometidos a las presiones del tratamiento.

En un estudio realizado en 1991, Abbey, Andrews y Halman encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las formas en que el apoyo social sirve de mediador ante el estrés producido por los problemas de fertilidad. Así encontraron, por ejemplo, que, aunque hombres y mujeres recibían igual cantidad de apoyo social, las mujeres daban más y estaban más satisfechas con el que recibían. Este mismo estudio extrajo como conclusiones relativas a la relación entre el apoyo social y el bienestar (citado por Sanjuán 2000):

1. La satisfacción con el apoyo y el apoyo recibido se relacionaban positivamente con la calidad de vida marital.
2. El conflicto interpersonal se relacionaba negativamente con la calidad de vida.
3. El estrés debido al problema de fertilidad se relacionaba positivamente con la insatisfacción social.
4. El conflicto interpersonal recibido se relaciona

positivamente con la insatisfacción sexual en las mujeres pero no en los hombres.

5. El apoyo social recibido se relaciona negativamente con insatisfacción sexual tanto para mujeres como para hombres.
6. La autoestima estaba relacionada negativamente con la insatisfacción sexual tanto en hombres como en mujeres.

CONCLUSIONES

Como hemos ido viendo a lo largo de este capítulo los problemas de esterilidad y su tratamiento son por sí mismos una fuente de estrés para las personas que los padecen. A la crisis vital que supone el diagnóstico se añaden las incertidumbres propias del tratamiento y en reiteración del mismo en muchas ocasiones por fallo del anterior.

Este estrés puede ser más o menos intenso en función de una serie de factores concurrentes tanto internos como externos a los pacientes: variables de personalidad, estilos de afrontamiento, la existencia o no de patologías emocionales previas, la calidad de la vida en pareja o la red social de apoyo por citar solo algunas.

Por otro lado, aunque la proporción de parejas estériles con una etiología desconocida ha disminuido con el incremento de la sofisticación en el diagnóstico médico tanto para las mujeres como para los hombres, se cree que, dentro de este grupo, los factores psicológicos pueden jugar un papel importante. Algunos autores han descrito que los factores emocionales son responsables de infertilidades de causa desconocida en un 5% de los casos. Y aunque controvertidas, empiezan a vislumbrarse las complejas relaciones existentes entre los diferentes procesos psicológicos y el proceso reproductivo en los seres humanos.

Cualquier abordaje terapéutico de los trastornos de infertilidad necesita pues de una respuesta integral que contemple las esferas biológica, psicológica y social de los sujetos.

La intervención psicología, en base a los datos hoy conocidos, debería ir dirigida por tanto a cubrir al menos dos objetivos fundamentales: la disminución del estrés asociado a la infertilidad y su tratamiento y la colaboración en la consecución de la gestación.

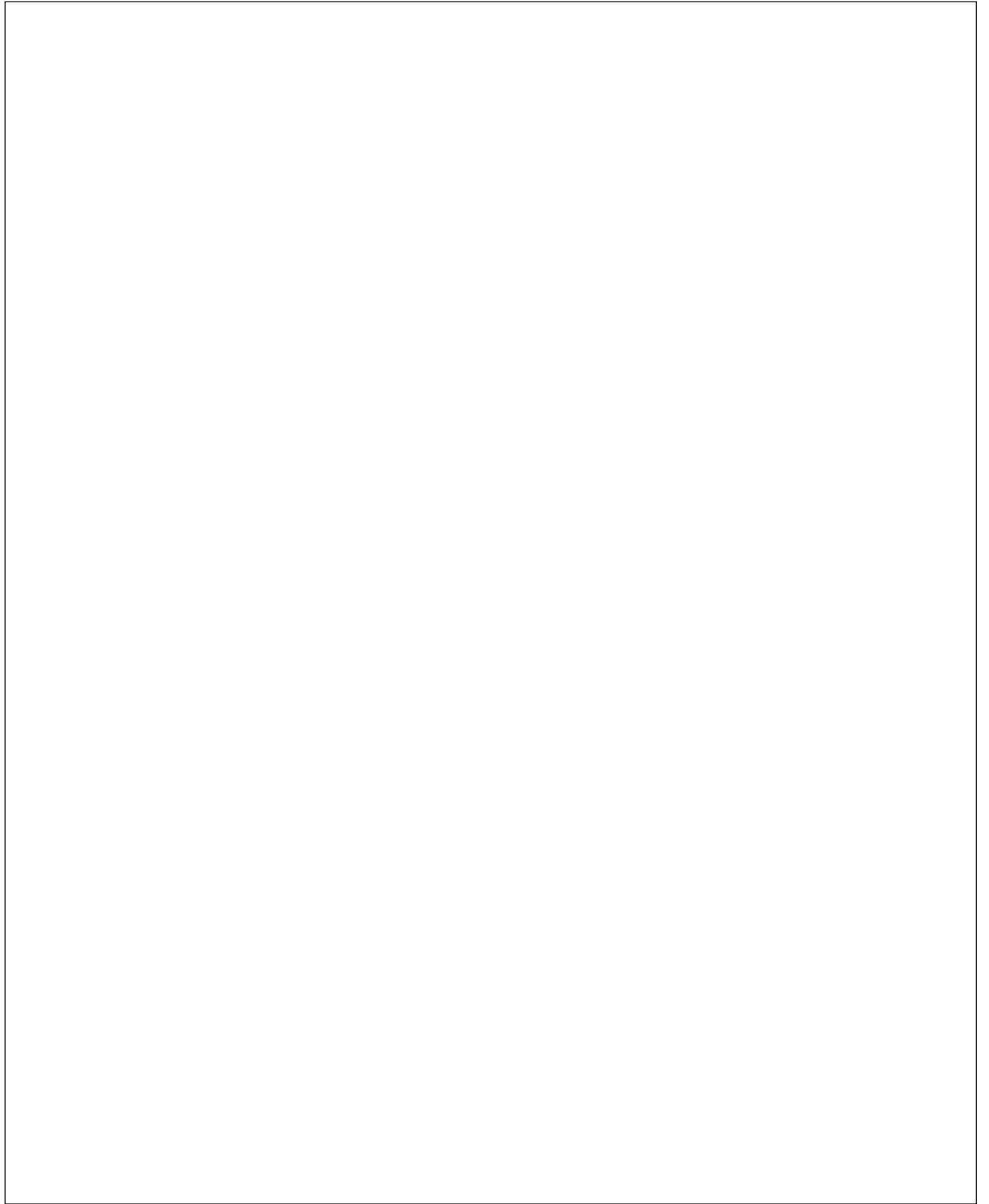
BIBLIOGRAFÍA

- Abbey, A., Andrews, F. M. y Halman, J. (1991). The importance of social relationships for infertile couple's wellbeing. En A.L. Stanton y C. Dunkel - Schetter

(Eds.) *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. New York. Plenum Press.

- Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C. y Möller, A. Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Hum Reprod.* 2005; 20(10):2969-75.
- Bandura, A. (1991). *Self-efficacy conception of anxiety*. En R. Schwarzer & R.A. Wicklund (Eds.), *Anxiety and self-focused attention*. New York: Harwood.
- Bringhenti, F., Martinelli, F., Ardenti, R. y La Sala, G.B. Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factors. *Acta Obstet Gynecol. Scand.* 1997.
- Caballo, V. E. (comp.) (1992). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de conducta*. Siglo XXI. Editores. Madrid.
- Cohen, S. y Syme, S.L. (1985). *Social support and health*. London: Academic Press.
- Domar, A., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J. y Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19, 568-575.
- DSM-IV. (1995). *Criterios Diagnósticos*, Edición Española. MASSON. Barcelona.
- Eugster, A., Vingerhoets, A. J., Van Heck, G. L. y Merkus, J. M. The effect of episodic anxiety on an in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment outcome: a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2004; 25(1):57-65.
- Ellis, A. y Russell, G. (1990). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. DDB. Bilbao.
- Flammer, A. (1992). *Análisis evolutivo de las creencias de control en Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad Actual*. Albert Bandura (Ed.). DDB. Bilbao.
- Gil Roales Nieto, J. (2003). *Apoyo social y salud en Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Jesús Gil Róales-Nieto (Director). Pirámide. Madrid.
- Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A. y Barri, P.N. Psychiatric morbidity in couples attending a fertility counseling. *Human Reproduction*, 12, 188-94, 1998.
- Guerra Díaz, D. (1998). *Como Afrontar la Infertilidad*. Planeta. Barcelona.
- Harlow, C.R., Fahy, U.M., Talbot, W.M., Wardle, P.G. y Hull, M.G. Stress and stress-related hormones during in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 11, 274-9, 1996.
- Lazarus Richard, S., y Folkman S. (1986), *Estrés y procesos cognitivos*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Martínez Roca. Barcelona.
- Meichembaum, D. (1987). *Manual de Inoculación de estrés*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Martínez Roca. Barcelona.
- Möller, A. y Schenken, R. No Link Between Stress, IVF,

- and Pregnancy. Human Reproduction, Aug. 25, 2005; online edition.
- Rubin Wainrib, B. y Bloch Hellín, L. (2001). Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y Práctica. DDB. Bilbao.
 - Sanjuán Suárez, P. (2000). Problemas de fertilidad: Estrategias de Afrontamiento y Apoyo Social. Información Psicológica, 72, 30 - 36.
 - Seligman Martín, E.P. Indefensión. (2000). Debate. Barcelona.
 - Staton, A.L., Tennen, H., Affleck, G. y Mendola, R. (1991). Cognitive appraisal and adjustment to infertility. Women & Health, 17, 1 - 15.
 - Tennen, H., Affleck, G. y Mendola, R. (1991). Casual explanations for infertility. En A.L. Stanton y C. Dunkel-Schetter (Ed.) Infertility: Perspectives from stress and coping research. New York. Plenum Press.
 - Turk, Meichembaum, y Genest (1983). Pain and behavioural medicine. Nueva York: Guilford Press.



Evaluación psicológica en unidades de Reproducción Asistida

Vicenta Giménez

G.H. Quirón, S. Sebastián

“Las parejas que tienen mejor ajuste personal, marital y social son las que mejor se integran en los programas de Reproducción Asistida, mejores resultados obtienen y mayor satisfacción expresan”. Sabourin y cols. (1991).

I. INTRODUCCIÓN

Los factores psicológicos implicados en la medicina reproductiva, son un complejo engranaje de aspectos que no sólo influyen a los usuarios de la unidad (parejas, mujeres solas y donantes de gametos) sino también a todas aquellas personas implicadas en el sistema, desde el propio personal de la unidad, hasta las personas allegadas en el ámbito familiar, social y laboral, de los usuarios.

Durante los últimos 15 años el estudio de los aspectos emocionales de la infertilidad ha sufrido algunos cambios, al igual que el concepto general de la infertilidad psicogénica, donde, con pocas excepciones, la angustia ha pasado a ser vista como resultado, y no como la causa de la esterilidad/infertilidad (Domar y Seibel, 1996, citado en Seger 2003; Levenson, 2006). Hace 40 años, una pareja infértil disponía solamente de dos opciones: continuar sin hijos o adoptar. Actualmente la construcción cultural de la esterilidad/infertilidad ha cambiado en la medida en que las parejas estériles/infértiles son expuestas a una gran cantidad de informaciones y tratamientos médicos de tecnología reproductiva. Para muchas parejas, las técnicas de reproducción asistida son vistas como la última oportunidad para tener un hijo biológico (Leiblum, Aviv y Hammer, 1998, citado en Seger). A pesar de la disponibilidad de estas opciones, las elecciones pueden significar años de tratamiento, sufrimiento psíquico, estrés prolongado, resoluciones postergadas, continuación del estigma y pérdidas de identidad sentida por muchos individuos infértiles/estériles. Para algunos, los tratamientos re-

sultan en un hijo; para otros, las promesas de nuevas intervenciones médicas, crea expectativas irreales con base en las cuales las parejas estériles/infértiles se definen, no como sin hijos, sino como “todavía no-embarazadas”. Un intento más, otro ciclo y, de nuevo, el fracaso (Hammer, 1999/2000; Seger, 2003).

Según la Organización Mundial de la Salud (1992), del 8 al 10 % de las parejas presenta algún problema de infertilidad durante su vida reproductiva. Si extrapolamos esta cifra a la población del planeta significa que entre 500 y 800 millones de personas tienen, probablemente, algún problema de fertilidad (Appleton, 1999, citado en Seger). Si consideramos que entre la población general de un 3% a un 5% de personas tienen dificultades psicopatológicas actuales o pasadas, el riesgo de que aparezcan problemas al someterlas a procesos de reproducción asistida es muy alto. (Boivin, 1999; Guerra, 2006, Agosto 30).

En Inglaterra, en un estudio realizado en 1997, el 71% de las parejas respondió afirmativamente cuando se les preguntó si les gustaría recibir orientación y apoyo emocional; sin embargo, sólo el 12 % de estas parejas declaró haber recibido tal tipo de intervención como parte de su tratamiento (Kerr, Brown & Balen, 1997, citado en Palacios & Jadresic, 2000).

Caruso (2000, p.49) señala cómo en ocasiones son algunos médicos quienes presentan cierto recelo hacia los profesionales de la psicología y no desean que sus pacientes hagan uso de los servicios de atención psicológica de la unidad, a pesar de haber sido demostrada su utilidad en numerosos estudios, teniendo el rol del psicólogo en la evaluación y screening de

pacientes infértiles, apenas un desarrollo de unos 25 a 30 años a fecha de hoy.

Tal es el impacto emocional de la esterilidad/infertilidad, en el ciclo vital de las personas que a ella se enfrentan (Bitzer, 2001) que reducirla sólo a aspectos médicos o biológicos, y no cuidar sus implicaciones emocionales, llevaría a una situación tan peligrosa de desatención que incluso algunos autores han llegado a hablar de negligencia (Kentenich, 2001).

II. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y DERECHO A LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Yago, Segura e Irazábal (1997), hablan de la Primera Conferencia Internacional de Asociaciones de Parejas Infértiles, celebrada en París en 1993, donde se plantearon, entre otras muchas cuestiones, la dicotomía entre deseo y derecho a la reproducción.

Silvia Tubert (1991) a lo largo de su obra realiza un pormenorizado análisis del “deseo de la maternidad” planteándose una cuestión; si el deseo de ser madre es un deseo en sí mismo o es el deseo del hijo. Guerra (1998/2002, p. 21), dice que “en general, todas las personas, hombres y mujeres, creen que tienen derecho a decidir si quieren procrear o no”.

La reproducción, según cita Yago, Segura e Irazábal, parece que es una preocupación privada de los individuos y de sus familias, que dependiera más de sus sentimientos y pensamientos que del Estado, considerando que éste no tendría derecho a intervenir. Pero en realidad, la elección reproductora ¿es una cuestión privada o pública?, ¿cuándo dicha cuestión pasa del nivel de lo privado a lo público?

En nuestro Ordenamiento constitucional, el derecho a la procreación es una realidad, aunque su sola existencia no determina su extensión. Gómez (1994), señala que si basamos el derecho a la procreación en la libertad, como valor (art. 1.1) y derecho fundamental (art. 17.1), y en la dignidad de la persona (art. 10.1), y lo vinculamos al derecho a la intimidad personal y familiar (art. 18), en el respeto a la vida privada (art. 8 del Convenio de Roma) y en el derecho a fundar una familia (art. 12 del Convenio de Roma), debemos aceptar que tal derecho a la reproducción no es absoluto, como tampoco lo son aquellos de los que deriva y en los que tiene su origen.

Torres del Moral (1994, prólogo de Gómez, 1994), habla de las intenciones del legislador, que siempre serán velar por el bien y los intereses de la parte que considera más débil, el hijo nacido mediante técnicas de reproducción asistida. De ahí que imponga el se-

creto del contrato de donación de gametos y preembriones, el anonimato del donante y el silencio en el Registro Civil. Este hecho se enfrenta jurídicamente a otros criterios de derecho del no nacido, como serán en un futuro, el derecho a conocer su origen y dotación genética e identidad, en pro a velar por su salud y protección de la misma por parte de los Poderes Públicos, prestación a la que tiene derecho conforme al artículo 43.1 de la Constitución.

La Ley deja al equipo médico la decisión final sobre la conveniencia o no de aplicación de las técnicas de reproducción asistida, pero como dice Gómez, sólo ante la previsión legal de no suponer un riesgo grave para la salud de la mujer o la posible descendencia. En esta situación, se unen el derecho Constitucional a la salud y el deseo o interés de la madre en tener un hijo y la tutela de su integridad física y psicológica por un lado y la salud y la integridad del hijo, por otro.

La nueva Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida (Ley 14/2006, de 26 de mayo), como señala Abellán (2005) en la exposición del anteproyecto de Ley, elimina el requisito de la Ley anterior consistente en exigir una buena salud psicofísica para ser usuaria de las técnicas de reproducción asistida (art. 2.1.b), permitiendo con ello el acceso a las mismas de mujeres con enfermedades transmisibles que buscan precisamente (a través de la selección de embriones tras un diagnóstico [genético] preimplantacional) tener hijos sanos, lo que les resultaría lógicamente muy difícil dejándolo al azar de la reproducción natural. Se deduce de esta exposición, que la Ley se refiere a aquellas enfermedades biológicas que pueden ser detectadas en los preembriones para su selección en un diagnóstico [genético] preimplantacional, pero, como sugiere Abellán (comunicación personal, 9 octubre, 2006) en el plano psicológico, el problema estará en determinar qué debe entenderse por riesgo grave para la salud de la mujer, lo que supone llevar a cabo un estudio de cada caso y sin olvidar que el art 3.1 de la actual Ley sigue prohibiendo que las técnicas se realicen en casos de riesgo grave para la salud física, psíquica de la mujer o de la posible descendencia y sólo podrán llevarse a cabo cuando haya posibilidades razonables de éxito y previa aceptación libre por parte de la mujer. La determinación de este requisito, ya decía Gómez que podía resultar complejo al analizar la anterior Ley 35/1988, de 22 de noviembre, ya que tanto la salud física como la psíquica deben ser evaluadas conforme a criterios objetivos. Se trataba de determinar si existían impedimentos físicos o psíquicos que permitiesen excluir,

sin vulneración de los derechos de las mujeres a la aplicación de estas nuevas tecnologías.

La Ley solicita que los donantes posean buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico deberá cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio de los donantes que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas (...) y los centros autorizados podrán rechazar la donación cuando las condiciones psicofísicas del donante no sean las adecuadas (art.5.6). Sigue la Ley diciendo (art. 18.3) que los datos de las historias clínicas, excepto la identidad de los donantes, deberán ser puestos a disposición de la receptora y de su pareja, o del hijo nacido de estas técnicas o de sus representantes legales cuando llegue a su mayoría de edad, si así lo solicitan. Los trabajos en el seno del Consejo de Europa siguen esta línea (Consejo de Europa, Estrasburgo, 3 de octubre de 1998). Los hijos tienen derecho a obtener una información general sobre los donantes pero no la identidad del que produjo la generación. El anonimato del donante proporciona a los niños nacidos a través de donación, señala Gómez, una realidad biológica compleja y yo añadiría que también psicológica. La Constitución Española en su artículo 10.1 habla del libre desarrollo de la personalidad y Garaigordóbil (2000) señala que el elemento considerado más característico del desarrollo de la personalidad en los años adolescentes es el de la identidad personal, ¿quién soy yo?, y en esa búsqueda de la nueva identidad, considera normal sentir ansiedad y confusión y presenta un programa de intervención psicológica en adolescentes donde se disminuyen las conductas antisociales, conductas de ansiedad y timidez y se promocionan conductas de empatía, capacidad afectiva y cognitiva. Abellán (2006, Abril 28) realizando una crítica a la nueva Ley de reproducción, se plantea una duda de cara al futuro, la posibilidad de levantar la identidad del donante por parte del hijo nacido tras donación de gametos por un desencanto con sus padres legales o por padecer una crisis de personalidad y apelando problemas de salud de tipo psicológico derivados del desconocimiento de su progenitor biológico.

III. ¿EN QUÉ CONSISTE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA?

Fernández-Ballesteros (1992/ 1997/ 2005), define la Evaluación Psicológica como aquella disciplina de la Psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento de un sujeto humano (o grupo especificado de sujetos) con distintos

objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se encaminan la aplicación de una serie de dispositivos, tests y técnicas de medida o/y evaluación.

La Evaluación conlleva un determinado proceso (de las mismas características y naturaleza que el proceso a través del cual la ciencia progresa) en el que han de ser aplicados una serie de dispositivos, tests y técnicas psicológicas. Señala la catedrática de evaluación psicológica, que equiparar el todo con la parte, es un grave error, ya que en muchas ocasiones se equipara evaluación psicológica con los tests, y no sólo estaríamos cometiendo un grave error metodológico, sino además conceptual. La evaluación psicológica no se reduce a la simple aplicación de unos instrumentos de medida, ya que más bien estaríamos hablando de “testología”. La evaluación surge como una orientación más comprensiva, más globalizadora, como una disciplina más cualitativa, que el puro hecho de testar. Los tests son sólo algunos (tal vez los más importantes) de los instrumentos utilizables a la hora de recoger información sobre el sujeto, contrastar las hipótesis formuladas y tomar decisiones sobre los objetivos del caso, para el diagnóstico, orientación, selección o tratamiento. La utilización de los tests lleva consigo un uso responsable de un material que se conoce suficientemente y sobre todo el que el “testólogo” ha adquirido.

III-A. Aspectos éticos y Deontológicos de la evaluación psicológica.

Los saberes científicos y profesionales de cualquier área de conocimiento, ya sea la física, la química, la biología, [la medicina], la psicología, o cualquier otra, son susceptibles de ser utilizadas adecuada o inadecuadamente (Muñiz, 1997).

En España el Colegio Oficial de Psicólogos (COP) ha editado su Código Deontológico en 1987. Todos los códigos establecen los grandes principios generales inspirados en la práctica adecuada. Once enumera el COP, seis la APA (American Psychological Association 1953/.../1992), cuatro el código canadiense y cuatro el meta código de la Federación Europea de Psicólogos (EFPPA, 1996), como informa Muñiz.

Pero ¿a qué problemas especiales se enfrentan de forma ética al llevar a cabo una evaluación psicológica? Muñiz comenta los principios éticos de la evaluación psicológica tomados del código ético de la APA

(1992), y básicamente yo me quedaría aquí con cuatro artículos:

- Art 2.b y Art 9: “Los psicólogos se abstienen del uso inapropiado de técnicas de evaluación, intervenciones, resultados e interpretaciones y toman medidas razonables para evitar que otros usen inadecuadamente la información proporcionada por estas técnicas. Esto incluye el abstenerse de facilitar las puntuaciones de los tests u otros datos a personas, ajenas a los pacientes o clientes, no cualificadas para utilizar dicha información”. Uniendo este punto con el apartado anterior sobre derecho a la reproducción asistida, la Ley 14/2006 (art., 5.6) exige realizar un protocolo de estudio psicológico obligatorio a los donantes de gametos, pero la información del contenido de esta evaluación, queda excluida de ser facilitada a la institución que solicita dicha evaluación, ya que en este caso no convergen cliente y paciente evaluado. Se encuentran en un terreno resbaladizo donde se une la ética profesional y los intereses de la institución que solicita la evaluación y la legislación, pero, a pesar de no existir reglas universales, el psicólogo tiene que hacer todo lo posible para que prevalezca su ética profesional (Fernández-Ballesteros, 2005). De este modo, los datos de dicha evaluación pertenecen al ámbito privado del paciente, siendo custodiados por el psicólogo, otorgando la calificación de apto o no apto al paciente para ser donante de gametos en la esfera psicológica y proporcionando un tiempo límite de vigencia a esa evaluación, del mismo modo que en la actualidad tienen un tiempo límite de vigencia las pruebas serológicas en la esfera biológica.

- Art 6: los psicólogos no promueven el uso de técnicas de evaluación psicológica por parte de personas no cualificadas.

- Art 7: Los psicólogos no basan sus evaluaciones, decisiones sobre la intervención, o recomendaciones, en datos o resultados de los tests que están desfasados en relación con los objetivos perseguidos en la actualidad.

Naturalmente unos tests son más eficientes que otros para determinados fines, como señalan Muñiz y Levenson, y unos profesionales están mejor preparados que sus colegas, tratando de maximizar la excelencia técnica de las pruebas y la preparación de los usuarios, lo cual redundará en beneficio del público al que van destinados los servicios.

Y ya para finalizar este apartado, quiero recordar en palabras de Muñiz, el creciente efecto de la globalización, también en los tests, que no son automáticamente trasladables, sino que han de pasar por un cui-

dadoso proceso de adaptación en función de las variables culturales y el idioma.

III-B. Quién debe evaluar

Fernández- Ballesteros (1992/1997) señala que los conocimientos básicos que un buen psicólogo ha de poseer para realizar una buena evaluación psicológica han de ser, además de los conocimientos teóricos, empíricos y metodológicos básicos, que son fundamentales en la práctica de la psicología, los fundamentos biológicos y sociales del comportamiento, los procesos atencionales y perceptivos, memoria, aprendizaje, resolución de problemas, personalidad, diferencias individuales y su evolución.

En el campo de la medicina reproductiva, fue en 1984 cuando se llevó a cabo la primera legislación en Inglaterra y Australia para que se contemplara dentro de sus programas, la prestación de apoyo psicológico por parte de profesionales entrenados acreditados (Domínguez, 1999, citado en Palacios & Jadresic).

El grupo de profesionales de la salud mental de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva desarrolló en septiembre de 1995, unas directrices donde figuraban los requisitos que debían de cumplir a nivel académico, los profesionales que trabajasen en las unidades de reproducción. Dentro de los requisitos de formación incluía, entre otros, estudios de postgrado en aspectos psicológicos de la infertilidad, tanto en programa máster como doctorado, así como de terapia familiar y de pareja, sexual, intervención en crisis y experiencia mínima de un año supervisada con pacientes estériles/infértiles. Respecto a las áreas de intervención propuestas por la sociedad americana de medicina reproductiva, cabe mencionar, la psicometría, la evaluación psicológica y screening, el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, la psicoterapia, la terapia familiar y de pareja, el apoyo y counseling en la toma de decisiones, la información y educación en el área de la infertilidad y sus diversos tratamientos, el soporte de grupo, la intervención en crisis y el consejo sexual (Hammer, 2000, apéndice 1).

Dentro del marco de la Unión Europea, las cualificaciones necesarias varían de un país a otro, siendo básico en todos ellos, tener formación en salud mental y aspectos médicos, psicológicos y sociales de la esterilidad e infertilidad. En cuanto a si el psicólogo ha de ser un miembro de la plantilla de la unidad de reproducción asistida o un profesional independiente, no hay acuerdo al respecto. En la primera situación, el profesional de la psicología es más accesible para los usuarios de la unidad y su presencia constante mi-

tiga posibles miedos. En la segunda situación el usuario que solicita apoyo psicológico, ha de realizar una inversión económica, con lo cual su grado de motivación está asegurado (Corrigan, Daniels & Thorn, 2001).

III-C. ¿A quién se debe evaluar?

Basándose en los principios de atención integral de la persona, los principios de igualdad y todo lo anteriormente expuesto, se considera que debería poder evaluarse a todos los usuarios de las unidades de reproducción asistida: parejas, mujeres solas y donantes de gametos. Boivin (2001) señala la necesidad de evaluar a todos aquellos pacientes que vayan a recibir gametos donados y/o adopción, consejo genético, pacientes de riesgo de padecer distrés y en general realizar una historia psicológica a todos los pacientes que acudan a la unidad, rechazando (Leiblum & Williams, 1993, citado en Boivin, 2001) o ya sometiendo de entrada a consejo psicológico a aquellos pacientes que posean antecedentes de abuso de sustancias tóxicas, historia psiquiátrica, déficit intelectual, problemas de pareja, sexual y/o maltrato infantil.

III -D. Cómo evaluar

Los instrumentos más utilizados son la entrevista y los test. Los test se clasifican en tres niveles en función de su especialización. En el primer nivel se incluyen aquellos test que pueden aplicarse, puntuarse e interpretarse con la mera ayuda del manual del test. En el segundo nivel ya requieren un cierto nivel de conocimiento técnico sobre construcción y uso de los test, así como de los aspectos psicológicos y educativos subyacentes tales como estadística, diferencias individuales, personalidad, ajuste, trabajo y consejo psicológico. Y por último en el tercer nivel se encuentran los test que requieren un conocimiento profundo del test y de la teoría subyacente (Muñiz, 1997). Los test psicológicos pueden evaluar características multidimensionales como pueden ser la personalidad o dimensiones como la ansiedad y depresión.

Tradicionalmente desde mediados de los años 80, Caruso (2000) señala el empleo para la evaluación de parejas infértiles de los siguientes test: MMPI (área de personalidad), SCL-90 (síntomas psicofísicos), STAI (ansiedad estado-rasgo) y BDI (depresión). En una revisión realizada por Moreno, Gómez, Tur y Ginés (2000) encontraron un empleo de 67 pruebas diferentes, encontrando una gran variedad en el uso de las diferentes pruebas psicométricas. Estos datos

fueron ratificados por Giménez (2006) ampliando las bases de datos¹ utilizadas, encontrando un total de 73 pruebas empleadas a nivel internacional. Ya en el marco nacional y utilizando como muestra sólo a los miembros del propio Grupo de Trabajo del Grupo de Interés de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) la variedad de pruebas empleadas es grande. Dadas las características y limitaciones de esta obra, no considero oportuno llevar a cabo en este momento, un listado de todas las pruebas de evaluación encontradas (Moreno, Gómez, Tur & Ginés, 2000; Giménez, 2006) quedando pendiente para sucesivas ediciones.

III- E. Variables a evaluar

En la literatura revisada a lo largo de este capítulo, se ha visto como los estados de ansiedad, depresivos, y trastornos psicósomáticos son los más frecuentemente estudiados por su mayor incidencia y prevalencia en los pacientes estériles/infértiles (Levinson, 2006), encontrando una gran variedad de variables evaluadas en diferentes trabajos y por diferentes autores, quedando el listado del siguiente modo: acontecimientos vitales, apoyo social, autoeficacia percibida, ansiedad, depresión, estrés, ira, autoestima, estrategias de afrontamiento, infertilidad, optimismo, pareja, percepción de control, personalidad, psicopatología, psicósomáticas, sexualidad y tipo de control.

Podría decirse que “son todas las que están, pero puede que no estén todas las que son”. A continuación, paso a realizar un breve listado de aquellos instrumentos evaluadores encontrados a lo largo de las referencias consultadas y clasificados por variables, en función de su mayor frecuencia de aparición:

1. Emocionales:

Ansiedad: State- Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al, 1970).

Depresión: Beck Depresión Inventory (BDI; et al, 1979).

2. Psicósomáticas / estrés: Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R de Derogatis).

3. Estrategias de afrontamiento / Apoyo social: COPE (Carver, 1989)

The Ways of Coping Checklist - Revised (Folkman & Lazarus, 1985).

The Coping Style Rating Scale (Lu, 1996)

Social Desirability Scale (Crownier & Marlowe, 1964).

4. Acontecimientos vitales: Life Events Scale (Paikel et al 1971).

5. Personalidad / Psicopatología.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)

Eysenck Personality Inventory (EPI; Eysenck & Eysenck, 1968)

Eysenck Personality Questionnaire (EPQ; Eysenck & Eysenck, 1975)

16 PF Personality Profile (Cattell & Eiler, 1970)

Rorschach (Rorschach, 1921/1942)

6. Pareja.

Escala de ajuste marital - MAS (Locke - Wallace, 1959).

Escala de Ajuste Diádico-DAS (Spanier, 1976).

7. Sexualidad: Bems Sex Role Inventory (BSRY; Bem, 1981).

8. Infertilidad.

Comprehensive Psychosocial History for Infertility (CPHI; Hammer & Covington 1999/2000).

Questionnaire Relative to Psychosocial Dimensions of Infertility (Chatel et al., 1988).

Nuestra ciencia avanza. Siguiendo esta línea de trabajo se puede encontrar estudios recientes (Cousineau et al., 2006; Gonçalves et al., 2002) donde presentan el desarrollo y validación de escalas con el objetivo de poder detectar en screening aquellas parejas que precisan apoyo psicológico.

III-F. ¿Cuándo evaluar?

La evaluación debe entenderse como un proceso continuo, que al igual que se hace con el tratamiento médico, debe realizarse a lo largo de todo el proceso clínico (Bitzer, 2001; Boivin, 2001; Giménez, 2006; Guerra 2006; Hammer, 2000; Moreno, 2000).

En la primera entrevista se debería realizar una primera toma de contacto con la pareja, juntos y/o por separado, pudiendo llevar a cabo diferentes intervenciones, en función del protocolo establecido en el centro. Me centraré en la pareja, sin entrar en detalles respecto a parejas heterosexuales / homosexuales. Lo mismo respecto a mujeres solas.

- El protocolo a seguir podrá ser de realizar una entrevista clínica psicológica basada en aspectos de su historia de esterilidad/infertilidad, como la que podemos encontrar en la obra de Hammer & Covington (2000) en el apéndice 2. También podemos llevar a cabo un screening, evaluación y counseling inicial a todos los usuarios de la unidad, tanto a nivel individual como de pareja, especialmente si van a ser receptores de gametos o

embriones, con el objetivo de detectar y prevenir las alteraciones psicológicas que pueden aparecer por la “disonancia cognitiva”, que tal proceso pueda producir en el sistema de “creencias” de los pacientes. El instrumento aconsejado dentro de la evaluación de parejas como screening puede ser el SCL -90 R de Derogatis y la Escala de Ajuste Diádico-DAS, ya que evalúa el área de la sexualidad y el efecto del estrés en la pareja (Newton, 2000).

- Evaluación a los candidatos de donantes de gametos que se llevará a cabo siguiendo la normativa legal vigente (actualmente Ley 14/2006 de 26 de mayo, capítulo II, artículo 5.6). En estos momentos el Grupo de Psicología de la SEF aconseja realizar una entrevista semiestructurada que llevará a cabo el psicólogo de la unidad o referente y una medición objetiva de parámetros de personalidad (normal y patológica), a través de dos instrumentos no excluyentes entre sí como son el Inventario de Personalidad Neo Revisado de Costa y McCrae, en cualquiera de sus dos versiones (Neo PI-R o Neo FFI) e Inventario Multiaxial Clínico de Millon-II (MCMI-II) (Fernández-Ballesteros, 2005; Levenson, 2006; Millon 2001/2006; Vallejo, 2005).
- Pre y post ciclo de tratamiento: sobre todo después de cualquier ciclo de tratamiento fallido para detectar la aparición de sintomatología emocional derivada del no cumplimiento de las expectativas de embarazo y prever cómo esta sintomatología puede interferir en el próximo ciclo. Los instrumentos de evaluación aconsejados además de la propia entrevista clínica son el Inventario de Beck para depresión/ansiedad y SCL-90 para el área psicosomática. En el apéndice 15 de la obra de Hammer (2000) podemos encontrar un instrumento desarrollado por Boivin & Takefman (1990) “Daily Record Keeping Sheet”, que evalúa el área emocional, física y las estrategias de enfrentamiento en cuanto a cada ciclo de tratamiento en infertilidad, basado en una adaptación del Ways of Coping Questionnaire de Lazarus & Folkman (1984). Uno de los objetivos de trabajo del Grupo de Interés en Psicología de la SEF es realizar una adaptación de este test. Los tests de personalidad seleccionados también aportan información respecto a, quienes de nuestras pacientes serán más susceptibles a labilidad emocional, provocada por los tratamientos de fertilidad, pudiendo predecir su conducta, en función de sus estilos de personalidad (Williams, 2000) y su estado emo-

cional, ya que miden esta dimensión y su estilo interaccional (Millon, 2006). En el apéndice 3 de la obra de Hammer (2000) podemos encontrar una descripción de estilos de personalidad y comportamiento ante la infertilidad. “Personalidad es lo que permite predecir lo que una persona hará en determinada situación” (Cattell, 1950, p.2 citado en Fernández-Ballesteros, 2005).

- Embarazo. Ya que tras la consecución del primer objetivo deseado, el embarazo, el miedo a la pérdida, las posibles consecuencias, los cambios sufridos en el cuerpo y/o el momento del parto, las características del futuro bebé, así como las dudas ante su capacitación ante la maternidad/paternidad, incrementan las variables de estrés. Mención especial si la gestación es múltiple y/o conlleva la toma de decisiones como p.ej, una reducción selectiva embrionaria. *“La ayuda psicológica proporcionada a los padres en los primeros meses críticos precedentes y subsiguientes al parto y en los primeros años de la vida del niño puede contribuir, en gran medida, a que establezcan una relación amorosa y comprensiva con el hijo lactante, relación que casi todos ellos desean”*. Estas palabras fueron pronunciadas por Bowlby (1956) en Londres en el transcurso de unas conferencias. Señala Bowlby, que los primeros años de la vida de un niño, en los que inconscientemente para él, se establecen los fundamentos de su personalidad, constituyen un periodo crítico dentro de su desarrollo.

En esta fase temprana de la maternidad/paternidad, los sentimientos de los padres parecen mostrarse más accesibles que en otros periodos y la ayuda psicológica es con frecuencia buscada y bien recibida. Si este modo de pensar, según Bowlby, está en lo cierto, la familia en la que ha nacido un nuevo bebé constituye un punto estratégico en el que romper el círculo vicioso constituido por niños con alteraciones que crecen para convertirse en padres con problemas psíquicos y que a su vez tratan a sus hijos de un modo que la generación siguiente desarrolla trastornos idénticos o parecidos. *En la actualidad [dice este autor hace ya 50 años] conocemos bien la ventaja que supone tratar precozmente a los niños; lo que se propugna en estos momentos es que también los padres al llegar a desempeñar este papel deben ser tratados muy pronto.*

Una persona que actúa de un modo sano puede así cambiar de roles cuando la situación varía. Dice Bowlby que la capacidad para adoptar cada rol cuando las circunstancias cambian queda bien

ilustradas por muchas mujeres, al pasar por sucesivas fases de su vida, desde el embarazo, hasta el parto y la maternidad. Según Wenner (1966, citado por Bowlby), una mujer capaz de adaptarse con éxito a estos cambios es apta durante su embarazo y su puerperio, tanto para expresar su deseo de apoyo y ayuda como para apoyar y ayudar, de una manera directa y eficaz, a una figura adecuada. Su relación con el marido es firme, y desea y se siente contenta de fiarse del apoyo que aquel le proporciona. A su vez, ella es capaz de darse espontáneamente a otros, incluyendo a su hijo lactante. En cambio, dice Wenner, una mujer que experimenta dificultades importantes de índole emocional durante el embarazo y el puerperio se ha observado que siente gran dificultad para fiarse de otras personas. O bien es incapaz de expresar su deseo de apoyo, o bien lo hace de un modo exigente y agresivo, reflejando en cada caso su falta de confianza en que saldrá adelante. Por lo general está insatisfecha con lo que recibe, pero es incapaz de dar algo espontáneamente a los demás.

IV. EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA

“Las personalidades son como cuadros impresionistas. A cierta distancia, cada persona parece hecha de una pieza; desde más cerca, constituye un desconcertante entramado de estados de ánimo, cogniciones e intenciones”. Theodore Millon.

Todos somos criaturas biológicas, el resultado de cinco mil millones de años de evolución química en el planeta Tierra. En el transcurso de nuestra vida cotidiana, dice Millon (2001/2006), no solemos pensar en el vínculo entre mente y cuerpo. Todos tenemos la impresión de que nuestras mentes son independientes y nuestra voluntad libre. Nuestras decisiones parecen ser siempre propias. Sin embargo, desde el punto de vista de la ciencia, los humanos somos seres sociales, psicológicos y biológicos. Como tales, nuestra voluntad no está ni totalmente determinada ni es totalmente libre y cualquier tests de personalidad podemos sentirlo como un invasor en nuestra vida privada, cuando no queremos darnos a conocer, ya que todos sentimos que tenemos dos personalidades, una pública y otra “verdadera” (Cronbach, 1998, p. 565).

IV-A Evaluación personalidad normal

La medida de la personalidad, informa Seisdedos

(1997) ocupa ahora algo más de la cuarta parte de los instrumentos y casi la mitad de las variables existentes en el ámbito psicométrico español. Elegir un cuestionario de todos los existentes en estos momentos, para la evaluación de los donantes de gametos, según la normativa legal vigente, no fue tarea fácil (Giménez, 2006). Tenía que ser un cuestionario con una teoría de la personalidad actual, que no estuviese desfasado, adaptado a muestra española, que no tuviese “miles de ítems” para resultar viable de cumplimentar por parte de nuestras pacientes en las unidades de reproducción y que midiese aquellos rasgos de personalidad que más nos fuese a interesar desde el campo de la reproducción asistida. En la literatura el más utilizado es el MMPI-II, pero también es el más largo, con 550 frases y no viene avalado por una teoría de la personalidad, además de las numerosas críticas que ha recibido por parte del Dr. Eysenck y no superar un análisis factorial (Fernández-Ballesteros, 1992/2005). En los últimos años la teoría que más aceptación ha tenido entre la comunidad científica ha sido la Teoría de los Cinco Grandes (Big Five), siendo un modelo descriptivo de la personalidad, según la cual se sugiere la existencia de cinco dimensiones: Extraversión, Amabilidad, Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura a la Experiencia. Costa y Widiger (1994) han proporcionado un modelo matemático latente para hacer explícitas las combinaciones de las que pueden obtener los distintos trastornos. Posee una estructura factorial y un extraordinario grado de acuerdo entre los investigadores además de haber sido estudiado en diferentes culturas y mostrarse estables a lo largo del tiempo.

-NEO-PI-R (1992) de Costa y McCrae.

De las cinco dimensiones propuestas, dos de ellas (Neuroticismo y Extraversión) son, prácticamente réplicas de factores ya conocidos. Sin embargo la Apertura a la Experiencia es una dimensión de personalidad completamente nueva. Esta puede ser atendida como la apertura a experiencias de tipo estético, sentimental, las ideas, las acciones o los valores. Por tanto, trata de evaluar la búsqueda y apreciación de experiencias, así como el gusto por lo desconocido (Avila, Rodríguez & Herrero, 1997). Estos autores nos explican que otra de las dimensiones es la Amabilidad en las relaciones interpersonales; por tanto haría referencia a la forma en que el individuo se relaciona con los demás. Junto con la Extraversión es fundamentalmente una dimensión que explica la conducta interpersonal, pero a diferencia de Extraversión, que se refiere a aspectos cuantitativos

de la relación, Amabilidad tiene que ver más bien con aspectos cualitativos de la interacción en un continuo que va de la “sensibilidad a los sentimientos de otros a la dureza emocional”. Este factor es importante también en algunos aspectos relacionados con el autoconcepto. Junto con Responsabilidad, se consideran productos de la socialización. Finalmente el Neuroticismo tiene que ver con la vulnerabilidad o dificultad para controlar el estrés. Está referido al ajuste emocional e identifica a los individuos con tendencia al malestar psicológico.

IV-B Evaluación de la personalidad patológica

El diagnóstico de la personalidad es imprescindible en todo trabajo clínico psicológico: la personalidad es lo que queda cuando eliminamos todos los síntomas. Conviene advertir que el diagnóstico de la personalidad no ha de aplicarse como la asignación de un comportamiento estanco, los tipos diagnósticos son más bien prototipos (Millon, 1986b citado en Avila, Rodríguez & Herrero; Vallejo, 2005) en los que la pertenencia es probabilística y continua, más que determinada y discreta, y con la posibilidad práctica de tipos mixtos.

- La Teoría funcional-interpersonal de T. Millon.

Este enfoque aúna modelos biológicos, dinámicos, funcionales, cognitivos e interpersonales en una sistemática teórica que permite no sólo describir sino también teorizar la personalidad. Avila, Rodríguez y Herrero nos señalan que el patrón de personalidad normal se define como la habilidad manifiesta del individuo para relacionarse, conocer e interactuar con su entorno de manera flexible y con capacidad de adaptación, de manera que sus comportamientos y percepciones característicos fomenta el aumento de las gratificaciones personales. Consecuentemente la dimensión patológica del patrón de personalidad implica en primer lugar la escasa flexibilidad del individuo para adaptarse. Esta escasa flexibilidad se manifiesta en la utilización bien rígida o pobre de estrategias alternativas en la relación con los demás, con incapacidad para adaptarse a los acontecimientos, intentando modificar el entorno para que éste no exija comportamientos de su repertorio. Un segundo componente estructural de la personalidad patológica es la tendencia a organizar patrones comportamentales repetitivos, que constituirán el conjunto de características consistentes de los patrones de personalidad desajustados y patológicos.

Este instrumento presenta un mejor balance cos-

te/beneficio, como nos señalan estos autores, en su utilización clínica, por su reducido número de ítems (175), un sencillo formato de respuesta (verdadero / falso) y un tiempo de aplicación reducido (en torno a 20 - 30 minutos). Buena parte de la evaluación psicométrica clínica multidimensional reposa ya en este instrumento y sus posteriores desarrollos.

CONCLUSIÓN

La Psicología basada en la medicina reproductiva, se solapa en muchos puntos con la ginecología y obstetricia psicosomática, siendo uno de los campos más emocionantes y prometedores de la investigación y la práctica psicológica. Los ginecólogos y obstetras son médicos muy ocupados, que han de enfrentarse a los desarrollos tecnológicos que la medicina reproductiva les ofrece. A pesar de los intensos aspectos emocionales de gran parte de su trabajo clínico, estos especialistas, tienen relativamente poca experiencia o poco tiempo para los problemas psicológicos. El psicólogo de la Unidad de Reproducción Asistida tiene ante sí un sinfín de oportunidades para ofrecer asistencia práctica a todos los miembros del equipo de reproducción y desarrollar una línea de investigación básica. En palabras de Testart (citado en Tubert, 1991, p. 247) “la voluntad de innovar existe en cada investigador porque es la razón misma de su elección profesional”.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, F. (2005). Luces y sombras del anteproyecto de Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida. *Boletín de la Sociedad Española de Fertilidad*, 1 (14), 14-15.
- Abellán, F. (2006, Abril 28). Crítica a la futura ley de reproducción. *Diario Médico*.
- Ávila, A., Rodríguez, C., & Herrero, J. (1997). Evaluación de la personalidad patológica: nuevas perspectivas. En A. Cordero et al. (Comp), *La evaluación psicológica en el año 2000* (pp. 79-108). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Bitzer, J. (2001). Counselling in infertility treatment. Guidelines for counselling in nfertility, 35-58. [versión electrónica]. *European Society of Human Reproduction an Embryology: Human Reproduction*, 16, 1301-1304.
- Boivin, J., Scanlan, L. & Walter, S.M. (1999). Why are infertile couples not using psychosocial counselling?. *Human Reproduction*, 14, 1384-1391.
- Boivin, J. (2001). Who is likely to need counselling?. Guidelines for counselling in infertility, 23-27. [versión electrónica]. *European Society of Human Reproduction an Embryology: Human Reproduction*, 16, 1301-1304.
- Bowlby, J. (1979/2003). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida* (4ª Reimpresión). Madrid: Morata.
- Caruso, S. (2000). Psychosocial evaluation of the infertile patient. En L. Hammer & S. Covington (Eds.), *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 85 -178). New York, DC: Parthenon London and New York.
- Cousineau, T., Green, T., Corsini, E., Barnard, T., Seibring, A. & Domar, A. (2006). Development and validation of the infertility Self-Efficacy scale. *Fertility and Sterility*, 6 (85), 1684-1696.
- Corrigan, E., Daniels, K. & Thorn, P. (2001). Who should counsel?. Guidelines for counselling in infertility, 17-22 [versión electrónica]. *European Society of Human Reproduction an Embryology: Human Reproduction*, 16, 1301-1304.
- Cronbach, L. (1998). Fundamentos de los test psicológicos (pp. 522-625). Madrid: Biblioteca Nueva S.L.
- Fernández - Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández - Ballesteros, R. (1997). *Evaluación psicológica y tests*. En A. Cordero et al. (Comp.), *La evolución psicológica en el año 2000* (pp. 11-26). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Fernández - Ballesteros, R. (2005). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Garaigordóbil, M. (2000). *Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Giménez, V. (2006, junio). Evaluación psicológica en pacientes infértiles / estériles. Ponencia presentada en el XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad, Zaragoza, España.
- (1) BASES DE DATOS UTILIZADAS: Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC); European Society of Human Reproduction an Embryology (ESHRE); MEDLINE; Colegio Oficial de Psicólogos (PSICODOC); American Psychological Association (PSYCLIT). 1806/2006.
- Gómez, Y. (1994). *El derecho a la reproducción humana*. Madrid: Marcial Pons Ediciones Jurídicas.
- Gonçalves, J., Razera, R., Mauri, A., Petersen, C., Felipe, V. & Garbellini, E. (2002). Psychological evaluation test for infertile couples. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 6 (19), 269-273.
- Guerra, D. (1998/2002). *Cómo afrontar la infertilidad* (2ª reimpresión). Barcelona: Planeta Prácticos.

- Guerra, D. (2006, Agosto 30). Grupo de interés de psicología de la reproducción de la de http://www.infocop.es/print_article.asp?print=yes&id=1004
- Hammer, L. & Covington, S. (1999/2000). Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians (2ª Reimpresión). New York, DC: Parthenon London and New York.
- Kentenich, H. (2001). Introduction. Guidelines for counselling in infertility, 6-9 [versión electrónica]. European Society of Human Reproduction and Embryology: Human Reproduction, 16, 1301-1304.
- Levenson, J. (2005/2006). Tratado de medicina psicosomática. Barcelona: Ars Medica. Trad. Manuel Valdés Miyar.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Extraído el 13 de junio 2006 de <http://www.bioeticaweb.com-Bioética en la red>.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. & Ramnath, R. (2001/2006). Trastornos de la personalidad en la vida moderna (2ª Reimpresión). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Moreno, C. (2000). Factores psicológicos de la infertilidad. Madrid: Sanz y Torres Editorial.
- Moreno, C., Gómez, Y., Tur & Ginés. (2000). Instrumentos de evaluación psicológica aplicados en estudios sobre infertilidad: anexo 4. Apuntes del curso de Especialista Universitario en Reproducción Asistida: aspectos psicológicos, médicos y legales. Universidad Nacional a Distancia, Madrid, España.
- Muñoz, J. (1997). Aspectos éticos y deontológicos de la evaluación psicológica. En A. Cordero et. al. (Comp), La evaluación psicológica en el año 2000 (pp. 307-339). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Newton, C. (2000). Counseling the infertile couple. En L. Hammer & S. Covington (Eds.), Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians (pp. 103- 116). New York, DC: Parthenon London and New York.
- Palacios, E. & Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente [Versión electrónica]. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 38 (2), 94-103.
- Seisdedos, N. (1997). Evaluación de la personalidad normal. En A. Cordero et. al. (Comp.), La evaluación psicológica en el año 2000 (pp. 55-78). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Seger, L. (2003). El impacto emocional de la infertilidad en las fases de la reproducción asistida. Psicología conductual, 1 (11), 95-113.
- Tubert, S. (1991). Mujeres sin sombra: Maternidad y tecnología. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Vallejo, J., Leal, C. (2005). Tratado de psiquiatría. Barcelona: Psiquiatría Editores S.L.
- Williams, K. (2000). Psychopathology and psychopharmacology in the infertile patient. En L. Hammer & S. Covington (Eds.), Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians (pp. 65-82). New York, DC: Parthenon London and New York.
- Yago, T., Segura, J. & Irazábal, E. (1997). Infertilidad y reproducción asistida: Relatos de parejas entre el sufrimiento y la esperanza. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Intervención psicológica en medicina reproductiva

Diana Guerra Díaz.

Psicóloga IVI Barcelona

M^a del Mar Tirado Carrillo.

Psicóloga IVI Sevilla

1. INTRODUCCIÓN

Cada vez es más relevante la discordancia entre la edad cronológica y biológica que existe en las mujeres de nuestra época, lo cual hace que no se planteen tener hijos hasta una edad en la que disminuye su capacidad de fecundar. De este modo, las parejas suelen planificar su descendencia una vez han llegado a una estabilidad personal, social, económica y laboral, lo cual suele suceder pasada la treintena de la mujer.

Cuando algunas de esas parejas se encuentra con dificultades (de causa conocida o desconocida) para procrear y, tras un primer periodo de confusión, se pueden generar expectativas de solución, que en muchos casos están sustentadas por campañas informativas y mediáticas sobre las técnicas de reproducción asistida y los grandes avances de la ciencia en el campo de la reproducción humana.

De hecho, es cierto que existen avances tecnológicos que ayudan a aquéllos que tienen dificultades para reproducirse y que los medios de comunicación han hecho gran difusión sobre el tema, pero cuando esas mismas parejas deciden acudir en busca de soluciones, inician un camino que frecuentemente es largo y costoso a nivel emocional.

Los procedimientos diagnósticos y los tratamientos representan, frecuentemente, una fuente de estrés para la mayoría de las parejas (Hadáis et al, 2001).

La misión de la Medicina de la Reproducción es la de ayudar a engendrar, pero evidentemente, en la esterilidad e infertilidad se dan, además de los problemas biológicos, y con mayor frecuencia que en

otras situaciones, la alteración de las esferas psicológica y social de los demandantes.

2. QUIENES NECESITAN INTERVENCIÓN

La revisión de la literatura existente indica que entre el 25 y el 65% de los pacientes que asisten a las clínicas de infertilidad presentan síntomas psicológicos de significación clínica, principalmente de ansiedad (Guerra,1998). Si se considera, que entre la población general, un 3-5% de personas tiene dificultades psicopatológicas actuales o pasadas, el riesgo de que aparezcan problemas al someterlas a procesos de Reproducción Asistida y reaparezcan patologías anteriores es muy alto.

En el contexto clínico, es de gran importancia poder establecer unas bases correctas que permitan la afluencia de pacientes a los servicios necesarios, y en el caso de trastornos psicológicos, esto pasa por la capacidad de poder detectar aquellos síntomas que denoten la necesidad de un abordaje por parte del psiquiatra o del psicólogo, tal y como se menciona en el capítulo de Vicenta Jiménez sobre Evaluación y Diagnóstico.

En la investigación llevada a cabo por Guerra et al. en el año 1998, se observó que de la población de parejas estériles entrevistadas, aunque no derivadas desde el Servicio de Medicina de la Reproducción al de Psicopatología, el 61% de mujeres y el 21% de hombres presentaban un trastorno psiquiátrico según criterios de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM-V). Los resultados del estudio llevado a cabo por este equipo y otros similares subrayan la impor-

tancia de considerar los factores psicológicos en la selección de pacientes para tratamientos de infertilidad y de la aplicación de intervenciones psicológicas antes de los tratamientos médicos, y que pueden ser detectados a través del “screening” (cribaje) realizado mediante evaluación psicológica.

Es importante destacar que se observó mayor morbilidad psiquiátrica en función del número de ciclos realizados, es decir, de mayor tiempo dedicado a resolver la esterilidad sin resultado positivo. Esto coincide con otros autores que han demostrado que los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes en tratamientos de FIV eran más elevados en función del fracaso de los mismos (Merari et al, 1992, Ting-Hisu et al, 2004).

Se han llevado a cabo muchas investigaciones sobre los factores que pueden predecir una baja adaptación entre los paciente infértiles (Given et al, 1985, Strauss et al. 1991). Estos factores de riesgo se dividen en varias categorías:

1. Personales:

- Antecedentes psicopatológicos (p.ej. trastorno de personalidad, depresión)
- Infertilidad primaria,
- Ser mujer,
- Ver la paternidad como un objetivo central de la vida adulta y
- La utilización generalizada de estrategias de afrontamiento de evitación (p. ej. pensamiento mágico, fantasías)

Pocos autores han dedicado sus esfuerzos a conocer la relación entre factores de personalidad y esterilidad. En 1985, Given y cols. utilizaron el California Psychological Inventory para determinar características de personalidad en pacientes en tratamiento de Fecundación *in vitro* (FIV) comparándolas con grupos control en otro tipo de tratamiento, y encontraron que el grupo de estudio puntuaba más alto en factores de creatividad, ambición e independencia. Sin embargo, tres años después, un equipo de Norfolk encontró que los resultados en los test de personalidad de Eysenck (Eysenck Personality Inventory) y Multidimensional Health Locus of Control, indicadores de neuroticismo y locus de control, eran “sorprendentemente normales” en 134 mujeres que participaban en programas de FIV (Shaj et al. 1988).

Un factor de personalidad que parece influir en que la pareja tenga problemas psicológicos es la manera en que éstos afrontan su esterilidad. Se ha encontrado que las personas que emplean estrategias de afrontamiento de evitación, como beber alcohol para

reducir la tensión, tienen niveles más elevados de trastorno emocional. Las estrategias de afrontamiento positivas, como buscar información y hacer planes de acción, están positivamente relacionadas con una buena adaptación a la esterilidad (Golombok, 1992).

Strauss y cols. (1991) encontraron que en 60 pacientes que no lograron la concepción en una clínica de esterilidad, había un nivel más elevado de quejas somáticas y una menor predisposición a la utilización de estrategias activas de afrontamiento. Las pacientes que habían logrado un embarazo se caracterizaban por una mayor utilización de estrategias de afrontamiento de auto-instrucción y cognitivas que aquéllas que no lo lograron. Independientemente de la causa médica de esterilidad y del tratamiento utilizado, encontraron una relación significativa entre las características psicológicas de las pacientes obtenidas al inicio del tratamiento y los resultados posteriores. Específicamente, una combinación de las variables edad, estado emocional y quejas físicas era un buen predictor de la probabilidad de concepción. Los resultados obtenidos en esta investigación están en la línea de otros trabajos y encajan con un modelo psicossomático que enfatiza el papel del distrés psicológico en la etiología del trastorno de esterilidad (Sanders and Bruce, 1999, Hammamberg et al, 2001).

En cualquier caso, es seguro que la respuesta emocional que una persona haga ante un factor estresante determinado dependerá de su personalidad, además de las características específicas de su entorno.

2. Situacional o social:

- Pobre relación marital
- Red social pobre
- Situaciones o personas que recuerden a la persona su infertilidad (p.ej. reuniones familiares, mujeres embarazadas)

3. Relacionados con el tratamiento

Los riesgos asociados al tratamiento incluyen:

- Efectos secundarios asociados a la medicación (p. ej. fluctuaciones del humor),
- Situaciones que amenacen el conseguir el embarazo (p. ej. pérdida embrionaria, fallo del tratamiento) y
- Los momentos de toma de decisiones (p. ej. el empezar y finalizar el tratamiento, reducción embrionaria)

La combinación de varios factores es la que a menudo hace que el distrés sea muy alto. Algunos de estos factores son la causa de distrés por sí mismos (p.

ej. la pérdida embrionaria) y cuando se combinan con otros factores de riesgo personales hacen que la experiencia de infertilidad sea difícil de manejar. Por ejemplo, finalizar un tratamiento puede ser muy estresante para la mayoría de pacientes, pero especialmente puede ser así para aquellos individuos con una historia de depresión o aquellos cuyo objetivo principal en la vida adulta sea ser padres. Es importante tener en mente que el riesgo que estos factores supone, puede ser mitigado por la presencia de factores que contrarrestan como es una relación de pareja sólida o un buen apoyo social.

Es por tanto en las poblaciones de mayor riesgo, donde se hace más necesaria la intervención psicológica. En ocasiones, no es sencillo detectar de entrada estos factores de riesgo, como pueda ser el ejemplo de un trastorno de personalidad, que a veces puede estar muy enmascarado o resultar difícil de diagnosticar. De hecho, lo ideal es tener una herramienta de “screening” que pueda detectar posibles factores de riesgo y ofrecer apoyo psicológico a todos los usuarios de las técnicas.

Cualquier paciente puede utilizar el apoyo o consejo profesional y todos los pacientes deberían tener recursos para obtener la ayuda que crean necesitar. Sin embargo, la literatura identifica varios grupos que necesitan cuidado psicosocial o intervención psicológica especializada, tal y como se ha mencionado en el primer capítulo de estas Guías (Boivin et al, 2001). Estos son:

a. Pacientes que utilizan gametos donados, subrogación y/o adopción para lograr la paternidad. Este tipo de reproducción asistida, que se ha dado en llamar “reproducción con intervención de terceros” (“third-party reproduction”) plantea muchas reacciones psicológicas y aspectos que pueden ser discutidos y manejados mejor en el proceso de apoyo o consejo. Estos temas merecen una especial atención, por ello hemos dedicado capítulos específicos de nuestras Guías al trabajo con estos grupos de pacientes.

b. Los pacientes que experimentan mucho estrés. Comúnmente este estrés se manifiesta en depresión o ansiedad, pero puede ser manifestado con cualquier reacción afectiva negativa. Los pacientes consultan a menudo a los consejeros por el estrés que alcanza niveles que interfieren con su vida habitual. Entre un 15 y 20% de pacientes infértiles suelen experimentar dificultades en algún momento de su proceso de infertilidad según Boivin, 1999, algunos trabajos han hallado unos niveles incluso superiores, (Guerra y cols, 1998).

c. Los pacientes que se consideran “en riesgo” por

sus antecedentes psicológicos o su perfil actual. Leiblum and William (1993) encontraron que la mayoría de clínicas rechazaban tratar pacientes o requerían un tratamiento previo o “counselling” a los pacientes que mostraban evidencias de abuso de sustancias, tuvieran antecedentes psiquiátricos (p. ej. esquizofrenia) o trastornos cognitivos (p. ej. trastorno profundo intelectual) o que presentaban bien desajuste severo en la relación matrimonial o discordia no resoluble en los aspectos del tratamiento. Los pacientes cuyas historias mostraron maltrato a niños eran rechazados para cualquier tratamiento.

d. Pacientes que requieren alguna forma de consejo genético como parte de su tratamiento de fertilidad (p. Ej. diagnóstico preimplantatorio). Estos pacientes pudieran querer evitar transmitir un trastorno genético a su descendencia, también analizar el embrión donado y/o adquirir información sobre el futuro niño (p.ej. selección de sexo). Todos estos procedimientos pueden hacer aparecer aspectos psicológicos que necesitan una mayor exploración que aquella que se da normalmente en el cuidado psicológico como parte de la rutina de la clínica (Hammer Burns & Covington, 1999).

El consenso del Grupo de Interés de Psicología de la SEF ha sido el de incluir entre estos criterios las poblaciones siguientes:

1. Abortos de repetición, por lo que significa el fracaso repetido y el duelo
2. Planteamientos de reducción embrionaria que suponen también un riesgo para la salud emocional de la paciente.
3. Mujeres de edad avanzada, que por lo general necesitan donación de gametos.

3. OBJETIVOS BÁSICOS DE CUALQUIER INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La intervención psicológica estará en parte determinada por el marco teórico en el que el psicólogo este formado y trabaje.

Los abordajes psicodinámicos podrían examinar de qué manera reaparecen las pérdidas pasadas a raíz del sentimiento de pérdida debido a la infertilidad, mientras que los abordajes cognitivo-conductuales pueden querer centrarse en modificar cualquier patrón de pensamiento desadaptado o conducta nociva, así como la sintomatología que pueda presentar el paciente.

A pesar de las diferencias teóricas y metodológi-

cas, la mayoría de psicólogos estarían de acuerdo en que el objetivo final de la intervención es ayudar al paciente a conseguir una mejor calidad de vida y salud mental. Aunque el tipo de apoyo psicológico que finalmente se le ofrezca al paciente (individual, pareja, grupo) va a depender de la causa de su distrés y de los recursos de la clínica, es aconsejable que todos los pacientes acudan a la primera visita con el psicólogo y, a ser posible, con su pareja (a no ser que sean mujeres solas). Contar con la visión del problema del miembro de la pareja que supuestamente está mejor, es muy enriquecedor tanto para la pareja como para el profesional que va a trabajar con ellos. A menudo nos encontramos con pacientes que comentan que ha sido en la sesión con el psicólogo, cuando han tenido la oportunidad de hablar abiertamente con su pareja de sus emociones ante la situación que está atravesando. Una vez que se ha delimitado el problema se llegará a un acuerdo con la pareja sobre la forma de trabajo con ellos (individual o de pareja).

El objetivo básico de cualquier intervención psicológica (sea ésta atención centrada en el paciente o de tipo profesional tal y como se ha descrito en el primer capítulo) es el de asegurar que los pacientes comprendan las implicaciones de sus opciones de tratamiento, reciban el suficiente apoyo emocional y puedan enfrentarse de manera saludable a las consecuencias de la experiencia de infertilidad, así como aliviar la sintomatología existente.

Según acuerda el Grupo de Interés de la SEF, las técnicas y componentes de la intervención terapéutica a pacientes con problemas de infertilidad suelen centrarse en los siguientes focos de actuación:

- Facilitar la expresión de emociones, de las cuales se habla en el capítulo de Agustín Moreno.

- Identificar la (s) causa (s) de dificultad emocional, tal y como se menciona en el capítulo de evaluación y diagnóstico de Vicenta Jiménez.

- Educar a la pareja en infertilidad. Asegurarse de que cuentan con la información necesaria para tomar decisiones sobre los tratamientos a los que van a ser sometidos.

- Proporcionar intervenciones para minimizar el distrés y ayudar a los pacientes a manejar mejor las estrategias de afrontamiento y el proceso, ya sea individualmente o a través de grupos terapéuticos.

La aparición de dudas sobre el futuro bienestar de la persona en tratamiento, o de la posible descendencia es muy frecuente y puede incrementar mucho la ansiedad. De hecho, el consejo sobre las familias constituidas a través de TRA se tratará en futuros capítulos, así como la adopción y otros temas que requieren más espacio. La adaptación a las posibilida-

des, nunca antes planteadas, como son la recepción de gametos donados o cualquier intervención de terceros, también suele ser motivo de aumento de la ansiedad.

4. CÓMO ACCEDER A LAS SESIONES DE APOYO PSICOLÓGICO

El consenso del Grupo de Interés de la SEF es el de facilitar el acceso a un servicio de apoyo psicológico a todos los pacientes, independientemente del tipo de tratamiento y de si existe una demanda psicológica. Sin embargo, no todos los pacientes que pudieran beneficiarse quieren aceptar esta oferta. Como consecuencia, a veces el personal médico necesita jugar un papel más activo a la hora de ofrecer el apoyo como una ayuda útil en la terapia médica. Para facilitar esta derivación, se propone la realización de un "screening" a todos los usuarios que acuden a los Servicios de Medicina Reproductiva, de modo que se puedan detectar "posibles casos". En dicho "screening" se valoraran los estados de ansiedad y depresión, el impacto de la infertilidad en las áreas de rendimiento, de pareja y laboral de cada uno de los evaluados, para poder detectar posibles dificultades.

Mediante esta evaluación que ya proponía el grupo de Boston (Domar et al. 1999), el clínico podrá derivar con mayor agilidad al paciente hacia el consejero o el psicólogo. Y por otro lado, los usuarios, conocerán la existencia del servicio de salud mental del centro al que acuden en el momento de ser evaluado, entendiéndolo que esta evaluación es voluntaria.

De esta forma, se normalizará la presencia del psicólogo en la clínica y se le dará a conocer a la pareja la existencia de una persona en el equipo, experta en psicología reproductiva que puede ayudarles en caso de que lo estimen conveniente. Cuando el paciente ve cómo su médico no sólo cuida de su salud física sino también de su salud psicológica se siente más satisfecho con el servicio recibido y acoge de buen grado los servicios que se le ofrecen.

5. PROBLEMAS MÁS COMUNES Y CÓMO TRATARLOS

Ya se ha comentado que el 1 trastorno más habitual de la población con problemas de infertilidad es el Trastorno Adaptativo. Este trastorno se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales (por ej. ansiedad o depresión) o comportamentales (cambios en la conducta) en respuesta a un factor estresante iden-

tificable externo (por ej. pérdida de empleo, enfermedad física, divorcio, migración, problemas económicos, laborales, sociales, familiares, etc.).

Los síntomas suelen presentarse dentro de los 3 meses siguientes al comienzo o acontecimiento del factor estresante, una vez cesado el mismo (o sus consecuencias) los síntomas no suelen persistir más de 6 meses.

Los síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo:

- * Malestar en respuesta al factor estresante
- * Deterioro significativo de la actividad social, familiar, laboral o académica

Clínicamente se los clasifica en:

- * Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
- * Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso
- * Trastorno adaptativo mixto con estado de ánimo depresivo y ansioso
- * Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento
- * Trastorno adaptativo con alteración mixta del comportamiento y de las emociones.

Este tipo de trastornos, aunque generan un alto grado de malestar, no impiden que la persona siga con sus funciones habituales. Y así ocurre con la población a la que nos estamos refiriendo. Por lo general, las mujeres en tratamiento de reproducción asistida, que suelen ser las más afectadas a nivel emocional, continúan con su jornada laboral y sus tareas domésticas. Generalmente son las relaciones de pareja, sociales y familiares y la capacidad de disfrute del tiempo libre los ámbitos de su vida que se ven más afectados. En ocasiones, se observan síntomas que indican este malestar como son las alteraciones del sueño, el apetito y sobre todo, la libido.

Otros trastornos que también pueden aparecer son: Trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos somatomórfos y trastornos sexuales. Los trastornos psicóticos son muy extraños. Este tipo de complicaciones (salvo los trastornos sexuales) es más frecuente en pacientes que ya tienen una historia previa de Trastornos psicológicos. Por ello, se considera de mucha importancia el hecho de prestar especial atención a pacientes con psicopatología previa.

Por este motivo, en estas Guías, la explicación de la intervención psicológica en pacientes infértiles se va a exponer en función de la sintomatología más habitual: estado de ánimo ansioso y estado de ánimo depresivo. Dado que la mayoría de pacientes también refieren ciertas dificultades en su relación de pareja, abordaremos también este tema de forma independiente.

Pero antes de profundizar en estos temas hagamos algunas consideraciones sobre el modo en que los pacientes acuden a nuestros centros de trabajo. Debemos tener presente que cuando una pareja acude a una Unidad de Reproducción Asistida por primera vez, ya lleva un tiempo buscando embarazo sin conseguirlo. El simple hecho de hacer un diagnóstico para conocer el motivo de esta tardanza puede generarle por sí mismo cierta ansiedad y preocupación. Es posible incluso que hayan querido retrasar este primer contacto por no verse capaces de afrontar un diagnóstico desfavorable para ellos. Nos referimos con esto a que estas parejas ya traen consigo un nivel de sufrimiento importante

5.1. Estados de ansiedad

Las técnicas cognitivas y conductuales de manejo de la ansiedad, el autocontrol, la desensibilización sistemática y la exposición en imaginación o en vivo, serán de gran utilidad para estas personas tanto durante el proceso como para posteriores afrontamientos de situaciones estresantes.

Otras alteraciones somáticas, neurovegetativas o psicofisiológicas como los trastornos de alimentación, del sueño, la fatiga, también se deberán tratar mediante técnicas de control de activación fisiológica y el entrenamiento en la elicitación de la respuesta de relajación.

La literatura científica está llena de evidencias sobre la relación entre la esterilidad y el estrés y sobre el impacto nocivo que el estrés por esterilidad puede tener en el funcionamiento de una pareja y en su calidad de vida, así como en la adaptación al tratamiento a seguir (Salvatore et al, 2001). De forma paradójica, las parejas estériles se someten a un régimen médico estresante de visitas continuas, toma de temperatura diaria, medicaciones, intervenciones quirúrgicas y relaciones sexuales programadas.

La esterilidad supone una carga en la vida diaria de estas parejas, afectando de alguna manera a su estado emocional, social, físico, ocupacional e, incluso, intelectual. Cada miembro de la pareja puede responder de forma diferente a los aspectos emocionales de la esterilidad. Como resultado de estas diferencias, uno puede sentir resentimiento, ya que el otro no está experimentando las mismas emociones y/o al mismo nivel.

Los efectos totales de este estrés en la calidad de vida de la pareja tienden a ser sustancialmente mayores en las mujeres que en los hombres (Guerra y cols, 1988). Cook y cols., en 1989, encontraron que las parejas que iniciaban el tratamiento de su esterilidad,

tanto hombres como mujeres, mostraban elevados niveles de ansiedad comparados con la población general, al ser evaluados con el State Trait Anxiety Inventory de Spielberg (STAI-R, STAI-E). Utilizando el mismo cuestionario, Johnston y cols. 1993 investigaron a un grupo de mujeres en su primera visita para FIV en el momento de la obtención de ovocitos y en el de la transferencia de embriones, encontrando que los niveles de ansiedad de los hombres y mujeres durante el estudio eran muy elevados.

Los niveles de ansiedad de las mujeres en el momento de la obtención de ovocitos y de la transferencia eran similares a los de mujeres que pasaban por técnicas quirúrgicas ginecológicas graves (Lemmens et al, 2004).

En cuanto a la relación entre niveles de ansiedad y la probabilidad de éxito de los tratamientos, no existen resultados concluyentes. Se ha sugerido que los niveles elevados de ansiedad pueden tener un efecto directo en la reducción del porcentaje de concepción (Smeenk et al, 2004). Las consecuencias fundamentales de la elevación de la ansiedad y el estrés van a ser: una sobreactivación del sistema nervioso simpático, con un aumento en la actividad de las catecolaminas e incrementos de la tasa cardíaca y respiratoria, la presión arterial y la tensión muscular, además de una excitación cognitiva mantenida. Sabemos que esta activación crónica no es saludable, que muchos mensajes pasan al hipotálamo y que los niveles elevados de activación hipotalámica pueden tener consecuencias no sólo psicósomáticas, sino también afectar a la fertilidad y a la reproducción.

Por otra parte, también se ha dicho que pudiera existir un vínculo entre la hiperprolactinemia inducida por la ansiedad y la incapacidad para concebir. Anderheim y cols. (2005), de la Universidad de Goteborg, concluyeron que no se encontraban evidencias de que el estrés psicológico, medido mediante cuestionarios de bienestar general, no influía en ningún sentido en el resultado de las técnicas de fecundación in vitro, argumentando que ésta era una buena noticia para reducir el estrés de los pacientes (Newman and Zouwes, 1991). Sin embargo, Smeenk y cols, en este mismo año, han demostrado la asociación positiva entre la concentración de adrenalina, la ansiedad y depresión y el embarazo, sugiriendo que esta hormona adrenal pudiera ser uno de los ligámenes en la compleja relación entre estrés psicológico y resultados tras fecundación in vitro e inyección intracitoplasmática (26). Si existe una relación entre niveles elevados de prolactina y la incapacidad reproductora, tal y como se evidencia en este estudio, la

intervención psicológica para reducir la ansiedad debería incrementar la posibilidad de concepción.

Tirado, M. (2007) en un estudio realizado recientemente en el Equipo IVI Sevilla que se ha enviado como comunicación al Congreso de la ESHRE y en el que se medía los niveles de Ansiedad de las mujeres en distintos momentos del tratamiento mediante las escalas STAI-R y STAI-E, ha concluido que no existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y el resultado de los tratamientos. Es decir, las mujeres que obtenían puntuaciones más bajas en ansiedad no conseguían embarazo en mayor proporción que las que obtenían puntuaciones más altas en esta variable. En esta misma investigación se ha comprobado cómo el nivel de ansiedad rasgo es un buen predictor del nivel de ansiedad estado en los distintos momentos en que se ha administrado la prueba.

En otros estudios se evidencia la necesidad de que las parejas sometidas a técnicas de reproducción asistida tengan soporte psicológico antes, durante y después del tratamiento, debido a la ansiedad y la sensación de pérdida de control, lo que se traduce en diversidad de síntomas psicósomáticos en ambos miembros de la pareja (Lemmens et al, 2004, Alper et al, 2002). En estudios amplios de seguimiento de pacientes en tratamiento de Fecundación in vitro, los aspectos que las pacientes encontraron más estresantes fueron la decisión de hacer una Fecundación in vitro, el inicio del tratamiento, el momento de la obtención de ovocitos, la espera de los resultados tras la transferencia de embriones y el conocimiento de resultados negativos del ciclo realizado (Hammarberg, 2003). El aprendizaje de técnicas para la toma de decisiones beneficiará a las personas que tengan esa sensación de pérdida del control de sus vidas.

El entrenamiento en la elicitación de la respuesta de relajación se aborda a través del aprendizaje de varios métodos que es recomendable que los pacientes dominen con el fin de aumentar su autocontrol sobre los cambios emocionales y físicos. La técnica de *relajación muscular progresiva, los ejercicios autógenos, el entrenamiento en imaginación, la meditación, la visualización positiva, técnicas breves de relajación basadas en la respiración diafragmática*, pueden ser de gran utilidad si se practican diariamente. Cuando la ansiedad va asociada a miedos irracionales o tiene un elevado componente fóbico, las técnicas más usadas suelen ser la *desensibilización sistemática y la exposición en imaginación o in vivo*.

Otras técnicas que podran ayudar a la reducción del estrés son las estrategias de afrontamiento activas

centradas en el problema. Estas, incluyen la búsqueda de información, el entrenamiento en la planificación del tiempo y de los períodos de espera, el acordar descansos en la espiral de tratamientos y ciclos, o cómo manejar la economía ante el impacto financiero de los tratamientos.

La reestructuración cognitiva, es decir, la disminución de producción de pensamientos negativos, así como los sentimientos de indefensión y creencias irracionales, contribuirán de forma fehaciente a una mejor salud mental de los pacientes ansiosos. El entrenamiento en técnicas de autocontrol cognitivo como son la terapia racional, la reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento, el entrenamiento en autoinstrucciones, la inoculación del estrés y la prevención de respuesta, se utilizarán como técnicas de elección para enseñar a los pacientes a pensar más racionalmente y de forma más positiva. Estas técnicas resultaran de gran ayuda para afrontar la posibilidad de no obtener éxito en los ciclos de tratamiento, ante la recepción de malas noticias y ante los numerosos estresores sociales por los que han de pasar estos pacientes.

En las etapas de más estrés y ansiedad durante el proceso médico, y a medida que los ciclos se suman y la crisis de infertilidad se alarga, la comunicación suele empobrecerse, se convierte en algo mecánico y funcional y se utiliza poco como vehículo de expresión emocional. Por tanto, resulta esencial la construcción de un marco de comunicación efectivo no sólo entre los miembros de la pareja, sino también entre ésta y el equipo clínico que los trata, su familia y su entorno social. La pareja no debe cargar con toda la responsabilidad del apoyo emocional mutuo, y es preciso recomendar y fomentar una mayor diversidad de apoyos sociales, lo que aún es más necesario cuando se trata de mujeres sin pareja que afrontan solas la búsqueda de un hijo.

El entrenamiento en habilidades sociales, las **estrategias de comunicación social** y las **técnicas de comportamiento asertivo** facilitan a la pareja, y sobre todo a la mujer, abordar con efectividad distintas situaciones que pueden surgir al afrontar el proceso de infertilidad, como por ejemplo: expresar emociones, dudas y temores al personal médico, pedir permisos en el trabajo, rechazar reunirse con amigas embarazadas o con hijos, explicar que no va a visitar a un recién nacido, no acudir a un bautizo o responder a comentarios insensibles de conocidos, amigos y familiares.

La **terapia de pareja** fortalece la relación, fomenta el apoyo y la intimidad, incrementa la comunicación

directa y positiva y reduce el estrés incidiendo en la resolución de conflictos.

La **terapia sexual** recanaliza la vida sexual hacia las funciones de placer, satisfacción y comunicación afectiva e interviene en las disfunciones sexuales asociadas.

La **programación de actividades gratificantes** conduce a la pareja hacia las fuentes habituales de gratificación disminuidas, a las actividades de ocio abandonadas y evita el aislamiento social en el que muchas parejas se sumergen.

También se ha de considerar el ofertar entrenamiento en habilidades sociales para conseguir una mejoría en las estrategias de comunicación social y el comportamiento asertivo, de modo que haya una facilitación para afrontar situaciones que suelen surgir durante el proceso de infertilidad. Ejemplo de estas situaciones serían, solicitar permisos de trabajo, reuniones con amigas embarazadas o invitaciones a bautizos, o responder a comentarios insensibles de amigos que desconocen la situación de los implicados.

4.2. Estados de ánimo depresivo

La depresión parece ser el problema emocional más frecuente que sufre la pareja ante el conocimiento de su esterilidad (tras el diagnóstico) y/o tras los intentos fallidos de tratamiento. Esto último no es sorprendente dado que la depresión se asocia generalmente a la "pérdida" y las parejas que entran en tratamiento de esterilidad mantienen todavía las expectativas de tener un hijo. Tarlatzis y cols. (1993) refieren que los problemas de depresión se dan más entre las mujeres que en los hombres, mientras que los hombres muestran mayor tendencia a presentar problemas de ansiedad reprimida y, por lo tanto, mayor riesgo de enfermedades psicosomáticas.

Antes que nada, es importante normalizar y legitimar los sentimientos y emociones que la pareja está teniendo en relación a este tema. Es muy frecuente que estas parejas se sientan extrañas y diferentes al resto de las parejas que se quedan embarazadas de forma espontánea y se sienten mal por esto. Ambos deben entender que la mayoría de las personas que están en su situación sienten lo mismo que ellos. Deben permitirse todos estos sentimientos y no reprochárselos. A menudo, las mujeres se sienten mal precisamente por encontrarse anímicamente mal. Además, muchas de ellas piensan que su estado de ánimo puede estar siendo el causante de este retraso de su maternidad. Cuando vienen a consulta, les tranquiliza saber que sus emociones son normales y que no es extraño lo que les está ocurriendo.

Como se ha comentado en el capítulo de los aspectos emocionales, la infertilidad es una experiencia que implica múltiples pérdidas para cada uno de los miembros de la pareja. Detengámonos aquí en las áreas donde se producen las pérdidas más significativas. Según Girault, M. I., las pérdidas que se producen alrededor de la infertilidad se refieren a los siguientes aspectos:

1.- Pérdida del control de múltiples aspectos de la vida.- El sentimiento más claro e inmediato vivido por las personas que experimentan infertilidad es la pérdida del control sobre numerosos aspectos de su vida: control de su privacidad sexual y espontaneidad, en lo referente al aspecto médico (muestras de semen, fecha de tener relaciones sexuales, etc.), control de su tiempo, de sus decisiones, etc.

2.- Pérdida de la continuidad genética y del enlace entre pasado y futuro. Al no poder tener hijos de forma espontánea se plantean la posibilidad de pérdida de la continuidad de sus genes.

3.- Pérdida de la posibilidad de poder tener un hijo con la pareja con la que comparten su vida. Para muchas parejas, el hijo representa un tipo de vinculación final entre los miembros de la pareja.

4.- Pérdida de la satisfacción física del embarazo y el nacimiento.- A pesar de que mucha gente ve la pérdida del embarazo como algo que pertenece exclusivamente a la mujer, esto no es cierto. El nacimiento de un hijo es, para ambos, el ritual final del paso de convertirse en adultos. La habilidad física de embarazar a una mujer y de cargar en el vientre y dar a luz un hijo representa la expresión última de feminidad y masculinidad, los cuerpos responden para lo que se les ha construido.

5.- Pérdida de la gratificación emocional del embarazo y el nacimiento.- Este grupo de gratificaciones emocionales consiste en compartir el embarazo, preparar el nacimiento del bebé, la experiencia de alimentar al bebé con la propia leche, etc.

6.- Pérdida de la oportunidad de ser padres biológicos.- El ser padres es el objetivo de desarrollo de la mayoría de los adultos. Eric Erickson ha identificado una serie de acontecimientos humanos que apoyan para lograr el desarrollo a través de toda la vida. En la adultez, el objetivo principal es regeneratividad y paternidad. El ser infértiles, en el fondo, amenaza la habilidad que se tiene para lograr esos objetivos, por lo que para muchos representa un acontecimiento devastador.

7.- Pérdida de la posibilidad de proporcionarle a los abuelos un nieto consanguíneo.

8.- Pérdida de pertenecer al grupo de amigos de edad semejante debido a la edad de los niños, ya que

cuando se decide por otra alternativa de formar una familia, han pasado varios años.

Las pérdidas debido a la infertilidad se repiten constantemente. Los resultados de ésta pasan inadvertidos e insensibles por la mayoría de las personas que están cerca y alrededor de la pareja, y totalmente invisible para aquellos que no son íntimos. Las parejas que tienen hijos no se imaginan el sufrimiento que la situación de infertilidad conlleva. Los comentarios que estas parejas reciben del resto de las parejas no ayudan en absoluto a encontrarse mejor.

El cuerpo es un recordatorio constante para la pareja de que “han fallado”, tienen que vivir siempre con ese cuerpo, y cada mes vuelven a recordar la pérdida y la propia incapacidad.

En las sesiones de terapia, habrá que explorar todos estos sentimientos de pérdida y facilitar su expresión emocional.

Algunos o ambos miembros de la pareja pueden sentirse incómodos con la presencia de un niño, y pueden mostrarse irritados con éste. Esto los puede llevar a “probarse” a ellos mismos y a su pareja que de todas formas no serían buenos padres.

Para poder resolver esas pérdidas de una manera sana, la pareja debe vivir el duelo respectivo.

Las etapas del duelo que vive una pareja diagnosticada con infertilidad son:

1.-Shock

Las parejas al enterarse o darse cuenta que tienen un problema de infertilidad se quedan en shock. Nunca lo imaginaron, y como no lo toleran, se presenta una fase de negación. Utilizan sus defensas en un intento de negar la realidad dolorosa que está emergiendo. Racionalizan, evitan y buscan una manera de salir de esto a través de excusas: deciden que el problema es que han trabajado mucho, necesitan vacaciones para poder tener sexo productivo, etc. La infertilidad no les puede estar sucediendo a ellos, es temporal y seguramente se va a resolver en un tiempo.

2.-Enfado

El enfado es probablemente la respuesta más común a cualquier situación en que la persona se siente tratada injustamente, humillada, desechada o fracasada. La infertilidad causa todos estos sentimientos. Las parejas infértiles se sienten francamente incomprendidas, la infertilidad es injusta y sus cuerpos y mentes se sienten humillados por los interminables estudios, tratamientos y estrés emocional, así que tarde o temprano el enojo aparece como una respuesta a todas las circunstancias desagradables.

El primer enfado que se experimenta es e torno al

siguiente cuestionamiento: “¿Por qué yo?, todos pueden y yo no. ¿Qué hice que otros no han hecho?” El sentimiento de injusticia está muy enlazado con estas preguntas y es algo que aflora a menudo en las sesiones de terapia. Después, el enfado se dirige del yo al tú. “¿Por qué a ti?” Y en la pareja esto puede volverse un problema al atacarse mutuamente. La ira y el enojo se vierten hacia el cónyuge. La presión psicológica en estos momentos es grande. Como ya se ha mencionado, esto trae dificultades de comunicación, resentimiento, enojo, especialmente si existe un diagnóstico de que uno de los dos tiene un problema que impide el embarazo. Hay que enseñarles a identificar este enfado y esta frustración, aceptarlos como algo normal en su situación y canalizarlos de forma que sean lo menos dañinos para la persona o la pareja.

A veces Dios es el destinatario del enfado. Las parejas se sienten abandonadas por Él e ignorados en sus plegarias. Sienten que Dios los castiga por algo malo que hicieron y revisan su vida intentando buscar el motivo de ese castigo. En caso de que la mujer haya realizado previamente una interrupción voluntaria de embarazo, surge un intenso sentimiento de culpa y fantasean con la posibilidad de que lo que les está ocurriendo ahora es un castigo por aquello que hicieron.

3.-Negociación

La situación se les va de las manos y la persona generalmente trata de hacer “lo que sea” para recuperar el control. La negociación es un arreglo que ante la desesperación, se hace con Dios o consigo mismo, por ejemplo, se prometen cosas. Tristemente cuanto más negocia una persona, más pierde el control y siente más soledad.

4.-Desesperanza

En este largo camino de la infertilidad, la pareja comienza a sentirse abandonada, desesperanzada, desesperada y desolada. Piensa que no existen opciones viables o positivas a su problema.

El tiempo no ayuda y caen en un estado de desesperanza. La esperanza realista es abandonada, en su lugar, hay dolor, depresión e impotencia. La gran implicación emocional que todo esto conlleva ayuda a que no sean objetivos en cuanto a sus expectativas. Habrá que ayudarles a conseguir una subjetividad congruente. Reconocen que han fallado en lo que consideran una función esencial en su vida. Sentimientos de ser inadecuado, culpa y acusación emergen. Es de naturaleza humana substituir la culpa con acusación, intentando no sentirse responsable. La culpa es dirigida a veces a la pareja, al doctor, o al

mundo en general. Hay que trabajar ese sentimiento de culpa, tan dañino y frecuente en estas parejas. La culpa presupone una responsabilidad. En el caso de la infertilidad, ellos no son responsables de la situación que les ha tocado vivir, por lo tanto, no es justo asumir esta culpa.

La seguridad en uno mismo en su sentido de masculinidad o feminidad es amenazada, la actividad normal es interrumpida, y es difícil continuar con la rutina. Las diferencias individuales en el curso de este proceso van a afectar la relación matrimonial, dejando a cada miembro de la pareja aún más solo en su lucha. Este sentimiento retrasa la recuperación ya que muchas veces se recurre interminablemente al pasado y hay hechos que se cuestionan.

A menudo, en este sentimiento de desesperanza, la pareja tiene la sensación de que ya nunca conseguirá su objetivo de ser padres. Más aún cuando se trata de parejas que ya han realizado uno o varios tratamientos sin éxito. Habrá que trabajar estas emociones y hacerles ver que los tratamientos de infertilidad, en muchas ocasiones se convierten en una carrera de fondo en la que, al igual que los atletas, deben aprender a administrar las fuerzas que tienen y si se ve conveniente, habrá que recomendarles que se tomen tiempos de descanso entre un tratamiento y otro para recuperarse.

A pesar de que los tratamientos para la infertilidad no pueden curar estos sentimientos, las parejas deben hablar de ellos para aprender a manejarlos y seguir adelante hacia la siguiente etapa.

5.-Aceptación

Una vez que la pareja se ha rendido a la desesperación de su duelo, puede comenzar a salir de él. Cuando han llorado bastantes lágrimas, sentido suficiente rabia, se han sacudido emocionalmente tanto uno como la pareja, cada uno puede comenzar a reorganizar y aproximarse a la aceptación y resolución. Y entonces también como pareja lo pueden hacer. Pueden renovar el sentido positivo de ellos mismos a pesar de los problemas reproductivos, reconociendo lo que tienen para ofrecer a cada uno y a un niño, y prepararse a ellos mismos para las tareas que inesperadamente se volvieron necesarias si quieren que su familia crezca.

El camino hacia esta aceptación, en tiempo y en intensidad, varía de una pareja a otra, es diferente entre hombres y mujeres, e incluye otros aspectos de la pareja misma.

Aunque la dificultad reproductiva es identificada en un miembro de la pareja, la aceptación es necesaria en ambos. Se espera una etapa estresante en la re-

lación. Parte de este estrés se debe a la parte no hablada del problema.

Este momento es cuando la pareja ya no necesita protegerse a sí mismas del dolor de la infertilidad. La aceptación no significa que el problema desaparezca, sino que se puede manejar y se hace de una forma sana, tanto en lo individual como en pareja. En la aceptación se puede hablar del problema aunque sepan que duele, pero que pueden vivir con este dolor al tratarlo adecuadamente. La pareja se adapta y controla la situación. En este momento pueden ya tomar una decisión respecto al camino que seguirán.

6.-Las alternativas y la esperanza.

La pareja vive momentos de calma y es cuando se abren las puertas a caminos no pensados, ni planeados por ellos mismos, pero que los invitan a continuar una vida feliz. En esta etapa se pueden plantear distintas alternativas de poder llegar a ser padres.

Hay parejas que ya tienen un hijo y no pueden tener otro. En este caso el proceso de duelo y aceptación no es más sencillo. Algunas parejas pueden atenuar sus sentimientos ya que han comprobado su fertilidad por lo menos una vez. Sin embargo, el estrés externo es mayor para estas parejas, ya que suelen vivir desolación e incompreensión por parte de los doctores, familiares y amigos. Otra fuente de estrés para estas parejas con infertilidad secundaria, procede en muchas ocasiones de los deseos y la continua demanda del hijo que ya tienen de tener un hermanito.

Los duelos no resueltos pueden afectar a varios aspectos de sus vidas: físico, emocional, relacional y espiritual.

Todos estos pensamientos y emociones de los que hemos hablado deben trabajarse en profundidad en las sesiones de apoyo psicológico. Para ello, es muy útil el uso de las técnicas cognitivo-conductuales que ya se han mencionado en el apartado anterior y que no se estima necesario repetir de nuevo. Sirva de ejemplo el uso de la técnica de cuestionamiento de pensamientos irracionales que a menudo irrumpen en el pensamiento de la pareja y que son difíciles de controlar.

En paralelo a todas estas emociones, con frecuencia la pareja, sumisa en un estado de apatía y anhedonia, disminuye la frecuencia con la que realizan las actividades que siempre les han gustado (ya sea a nivel personal, en pareja o actividades sociales). Por esto es importante trabajar en terapia la programación de actividades placenteras. Así, se procurará que la pareja realice un calendario de actividades que le gustan hacer pero que últimamente han abandonado. Esta planificación tiene un doble objetivo: mantener

la mente distraída y ocupada y disfrutar y divertirse con lo que siempre les ha gustado. A la larga, esto servirá también para hacerles ver a la pareja cómo la infertilidad no ha terminado con todas las fuentes de gratificación de su vida.

La terapia centrada en soluciones ofrece interesantes caminos para trabajar estas emociones tanto a nivel personal como de pareja. La percepción de la infertilidad como algo global y no modificable puede cambiar enseñando a la pareja a prestar atención y amplificar momentos que suponen una excepción en su apatía y estado de ánimo depresivo. Esto les ayuda a ver los problemas como algo específico de un tiempo o momento y no como generalmente presentes.

A veces, estas parejas se encuentran con una dificultad a la hora de programar actividades que podrían ayudarles a encontrarse mejor. Esta dificultad está relacionada con el coste económico de la actividad. Muchas de estas parejas que recurren a centros privados de reproducción asistida deben asumir el enorme coste económico de los tratamientos. A menudo, las parejas piden préstamos o hipotecan su vivienda para afrontar este gasto. Muchos deben reducir gastos de su vida cotidiana y se ven obligados a prescindir de sus vacaciones o de realizar salidas frecuentes que, por otra parte, les vendrían muy bien para su recuperación anímica. Cuando, a pesar del enorme esfuerzo económico que realizan, no consiguen el embarazo, la frustración y la rabia son mucho mayores.

Otro aspecto característico de estos pacientes es que, a menudo se definen más en términos de identidad ("yo soy el problema") que en términos de posesión de una dificultad actual ("yo tengo una dificultad para procrear"). Enseñarles a externalizar el problema y buscar soluciones para el malestar actual es muy beneficioso. Para ello, el profesional puede ayudarse de metáforas que les permitan visualizar la situación. Por ejemplo, definir la infertilidad como un huracán que amenaza a la pareja y hacerles ver la necesidad de tener una fortaleza común dónde resguardarse. Entre los dos, y con la ayuda del terapeuta, deben "construir" los pilares de esta fortaleza según las necesidades que cada uno detecta en la relación (habilidades de comunicación, expresión clara de emociones, respeto a las emociones de la pareja...).

Otra metáfora que se puede usar y que ayuda a que el miembro más débil, generalmente la mujer, se vea reforzado y fortalecido, es identificar a la mujer como una heroína frente a la situación que le ha tocado vivir. Esto permite focalizar la atención en los aspectos positivos que la mujer ha desarrollado para hacer frente a la situación y así obviar las negativas consecuencias que la infertilidad está teniendo en su

vida y que son la queja más habitual durante las sesiones de terapia.

Consecuencia de esta definición de infertilidad en términos de identidad, a menudo se produce un sentimiento de infravaloración y una pérdida de autoestima. Al existir un aspecto de su propio cuerpo que no está funcionado como a ellos les gustaría, se produce una generalización de lo negativo a otros aspectos de su autoconcepto. En las sesiones de psicoterapia habrá que revisar la autovaloración de cada uno de los miembros de la pareja con el objetivo de llegar a un autoconcepto más justo y objetivo.

La realización de rituales en determinados momentos del tratamiento también puede ayudar a la solución de conflictos y favorecer la expresión de emociones. Un ejemplo de ello puede ser un ritual de despedida al hijo deseado una vez que se decide dar por concluidos los tratamientos de reproducción asistida.

Para concluir este apartado, sólo mencionar la dificultad que encuentran a menudo estas parejas a la hora de manejar el tema de la infertilidad dentro de su entorno social. Hay parejas que deciden llevarlo en secreto y otras que se decantan por comunicárselo a sus conocidos. Como cualquier otro problema que surge en la vida de las personas, es recomendable que, ante la infertilidad, la pareja cuente con un apoyo social adecuado. Así hay que explicárselo a la pareja en las sesiones de apoyo psicológico. Al decir adecuado nos estamos refiriendo a que la pareja debe decidir a quién quiere contárselo teniendo en cuenta que deben ser personas que les quieran, entiendan el problema y respeten sus decisiones. Por lo general suele ser familiares más cercanos y amigos íntimos. Para evitar que el apoyo social se convierta en una pesada carga para la pareja, es conveniente que pidan a aquellos con los que van a compartir la información que no les inunden con preguntas excesivas sobre el tema sino que esperen a que sea la pareja la que decida cuándo y en qué momento quiere dar la información que va teniendo. De esta forma se evita el que la pareja tenga que dar explicaciones continuas sobre lo que va ocurriendo. A menudo, los dos miembros de la pareja tienen distintas necesidades en cuanto a la cantidad de apoyo que desean recibir. Generalmente las mujeres demandan más apoyo que los hombres ya que tienen una mayor necesidad de hablar sobre el tema. Habrá que mirar por las necesidades de ambos miembros de la pareja y llegar a acuerdos sobre la información que se va a compartir. Compartir la dificultad de la infertilidad con otras personas ayuda a descentralizar el problema y a des-

cargar a la pareja de la responsabilidad de ser el único apoyo para el otro.

4.3. Problemas de pareja

Ante un primer contacto, el psicólogo deberá valorar los niveles de comunicación y las estrategias de solución de conflictos que suele manejar la pareja. Habrá que explorar también qué tipo de defensas está usando cada uno para hacer frente a la situación e identificar las interacciones disfuncionales que suelen mantener. Hacerles comprender la circularidad de sus comportamientos les ayuda a tener una perspectiva diferente del problema. Por ejemplo, si ante la queja de la mujer de que su pareja parece estar ajeno al tema se plantea una reformulación de la situación y se les explica que el retraimiento del hombre es el modo que éste ha encontrado de proteger a su mujer de su propio dolor, se le da a la pareja una nueva perspectiva que sin duda favorecerá la expresión de sus verdaderos sentimientos.

La pareja debe aprender que cada uno tiene una forma diferente de vivir el problema. Habrá que enseñarles a exponer su dolor y sus necesidades, escuchar y atender a las preocupaciones de su compañero/a y a aceptar la experiencia del otro como válida sin intentar cambiarla.

Se explorará el significado que tiene la infertilidad para ambos miembros de la pareja en términos de valoración personal, sexualidad y consideración como ser humano. Por ejemplo, hay muchas mujeres que ven la infertilidad como una discapacidad personal y se culpan por no tener hijos de forma espontánea. Ante estos casos habrá que preguntarles por qué otras evidencias evalúan su funcionamiento como mujer y cómo piensa ella que desarrolla esas otras actividades, qué piensa su pareja al respecto, cuáles son las ventajas y desventajas de mantener este punto de vista y finalmente preguntarles si es justo que ellas se evalúen por algo de lo que no son responsables.

La dificultad para comunicarse puede aumentar durante un tratamiento para la esterilidad. Frecuentemente, con el resultado de una nueva prueba o cuando el tiempo apremia, la confusión aumenta y la toma de decisiones cambia de dirección abruptamente. La comunicación de la pareja puede cambiar la manera de enfrentarse a la esterilidad y al tratamiento. En ocasiones, los sentimientos de uno de los dos no llegan al otro.

Cuando uno se guarda emociones y no las comparte, quizás con la intención de proteger al otro de sentimientos dolorosos, pueden incrementarse algu-

nos sentimientos como son la angustia, la culpa y una mayor tensión en la relación de pareja.

En cuanto a las diferencias de género en la respuesta al problema de esterilidad, pueden tener más que ver con asunción de roles y diferencias de personalidad. Manejar el impacto emocional de la esterilidad es también difícil para los varones, ya que en su mayoría no están educados para hablar de este tipo de cosas. La mujer puede interpretar que su pareja reacciona con menos interés ante una respuesta emocional diferente a la propia. Consecuentemente, es muy importante que discutan sus respuestas emocionales y así no tengan falsas expectativas del comportamiento del otro.

Conocer a otros afectados puede ser de ayuda y esperanzador, ya que se pueden ver esas diferencias entre miembros de la pareja.

Se han realizado investigaciones sobre las dificultades de relación marital y también de las relaciones sexuales que tienen las parejas que entran en programas de reproducción. Algunos autores sostienen que no hay evidencias que sugieran que estas parejas tengan problemas significativos en su relación sexual o de pareja (Fekkes et al, 2003). Sin embargo, otros autores defienden que un problema de esterilidad puede convertirse en un problema de relación entre los miembros de la pareja (Möller and Fällström, 1991, Olivius et al., 2004). Parece probable que los pacientes que superan los procedimientos de investigación y llegan a someterse a tratamiento, son aquéllos que tienen un matrimonio estable y unas buenas relaciones sexuales. Sin embargo, otros estudios ponen en evidencia que el estrés vivido durante los programas de tratamiento de la esterilidad tiene efectos importantes en su vida matrimonial. Existe un incremento de los conflictos de la pareja y de la insatisfacción sexual y decrece la autoestima sexual y la frecuencia de la relación sexual. En muchos casos, el sexo se convierte en una experiencia dolorosa por el recuerdo de la imposibilidad para concebir. Tanto los procedimientos diagnósticos como los diferentes tratamientos pueden interferir en la relación sexual de la pareja (Raval et al, 1987). Desde el momento en que el propósito del sexo cambia, ya que se convierte en “programar bebés”, y empieza a ser pautado por los periodos fértiles, se genera la pérdida de espontaneidad y exigencia de rendimiento. Es esencial que se aconseje a la pareja tener tiempo para divertirse y olvidarse de la presión que supone el logro de una concepción.

Por otra parte, clínicamente se puede observar que la respuesta de un miembro de la pareja influye en la respuesta emocional del otro. Por ejemplo, el desborde emocional de la mujer puede incentivar una reac-

ción evitadora del hombre, la cual, a su vez, estimula una emocionabilidad más intensa en la mujer al no encontrar sintonía afectiva con su pareja. Esto inhibe aún más la expresión de emociones en el hombre, revelándose un efecto circular sistémico en cuanto a los estilos de enfrentamiento del estrés en ambos.

5. Pacientes que rechazan la ayuda

Algunos pacientes con alto grado de distrés pueden negarse a acudir al psicólogo a pesar del esfuerzo que pueda hacer el consejero. Puede haber una variedad de razones que produzcan este rechazo, pero en un estudio se halló que la barrera principal para estos pacientes tuvo que ver con los aspectos prácticos de pedir ayuda (Boivin et al., 1999). Se demostró que muchos más pacientes utilizarían el apoyo psicológico si fueran contactados de forma personal y si los pasos para obtener esta ayuda estuvieran muy claros. Otros pacientes rechazan la ayuda porque no reconocen esta necesidad. Por ejemplo, los pacientes que dirigen su rabia y desaprobación contra la clínica o el equipo, sin reconocer que estos sentimientos aparecen normalmente y son debidos a la infertilidad. En estos casos es importante reconocer las raíces de estas emociones y ayudar a los pacientes a reconocer las razones profundas de sus reacciones.

El trabajo del psicólogo integrado dentro del equipo de reproducción favorece las derivaciones de los otros profesionales de los pacientes más resistentes. Para ello se hace necesario, como ya se ha abordado en otros apartados de este manual, que el resto del equipo realice una labor de counselling o “atención centrada en el paciente” con todos los pacientes de la Unidad de Reproducción y esté adiestrado para detectar y derivar a la Unidad de Psicología los casos de mayor gravedad.

6. Resultados de la intervención psicológica

Pese a la importancia de las variables emocionales en la esterilidad, existen pocos estudios dirigidos a conocer el beneficio de los tratamientos psicológicos en las parejas estériles. Tan sólo 29 estudios, en 34 años, han evaluado la eficacia de la intervención psicológica en esterilidad. En casi todos estos estudios se demuestra la eficacia de la intervención psicológica en al menos una de las variables emocionales y en el aumento del bienestar psicológico.

La adaptación de la intervención psicológica a los cambios y necesidades de cada fase de los procedimientos médicos que tratan la infertilidad y los requerimientos clínicos de los pacientes infértiles han

ido perfilando los objetivos de lo que podríamos denominar un modelo general de asistencia, dónde se aplican técnicas fundamentalmente de carácter cognitivo-conductual de eficacia probada, que son utilizadas en la mayoría de los programas de Psicología de la Reproducción.

Mediante programas de Medicina Conductual se ha logrado reducir los niveles de estrés experimentados por estas parejas (Domar et al, 2000, Lemmens et al, 2004). Estos estudios ponen en evidencia que tras un tratamiento conductual para el aprendizaje de la respuesta de relajación en parejas con esterilidad se consigue una reducción de la ansiedad, depresión, agresividad y fatiga, mientras que se incrementa la sensación de bienestar. Se ha referido un elevado número de éxitos, definidos a través de los embarazos, tras la aplicación de estos programas.

En otro estudio realizado por el equipo de Guerra (1994) se observa que la disminución de la ansiedad y el aumento del grado de satisfacción con el tratamiento de los pacientes que asistieron al Programa de Medicina Conductual eran mayores que en los pacientes tratados en el mismo Servicio de Medicina de la Reproducción que no asistieron a los grupos terapéuticos. Las parejas que refirieron un mayor grado de satisfacción repitieron más ciclos que aquéllos que habían puntuado más bajo en el grado de satisfacción con el tratamiento. Los resultados de este estudio y otros similares subrayan la importancia de considerar los factores psicológicos en la selección de pacientes para tratamientos de esterilidad y de la aplicación de intervenciones psicológicas antes de los tratamientos médicos, lo que pudiera ser de utilidad para reducir el malestar y el deterioro psicológico de los pacientes (27, 28).

Sin embargo, la evidencia de que el porcentaje de concepciones sea mayor después de una intervención psicológica es todavía poco convincente. En los trabajos mencionados se pudo demostrar que el porcentaje de concepciones de las parejas que mejoraron en los programas de Medicina Conductual era equivalente al de la población general pero, al no utilizarse un grupo control en condiciones homogéneas, no se pudieron obtener resultados concluyentes sobre esta cuestión. Los efectos observados podrían atribuirse a efectos indirectos, por ejemplo, un mayor cumplimiento con el tratamiento, más que a una relación directa entre la reducción del estrés emocional y los sistemas biológicos responsables del embarazo.

Ante esta realidad existe el peligro de que el impacto emocional de la esterilidad sea minimizado y que el problema se reduzca meramente a su abordaje médico o biológico.

Independientemente de que se consigan o no mejorar los resultados de los tratamientos de reproducción, lo importante es que con el asesoramiento e intervención psicológica se consigue que las parejas que tienen que pasar por esta situación, tengan una mejor vivencia del proceso y sepan movilizar sus recursos personales y sociales para que no se vean tan afectados desde el punto de vista anímico.

7. Afrontar el final del tratamiento

Para algunos pacientes el fallo de los tratamientos médicos puede conducirles a una crisis existencial con fuertes reacciones emocionales. Los pacientes, especialmente aquellos con una esterilidad sin causa, creen que su esterilidad es de origen psicológico cuando el tratamiento médico no funciona.

La posibilidad de vivir sin un hijo (por nacimiento) debe ser reconocida desde el principio del tratamiento médico para evitar la depresión si éste no tiene éxito. El psicólogo debe ser consciente que la aflicción debida a un tratamiento de esterilidad fallido está rara vez superada. Los pacientes no deben sentirse mal si no logran superar su pena. Deben ser alentados a buscar el apoyo tanto del equipo de asesores como de un especialista especialmente entrenado.

Dada la diversidad de tratamientos existentes actualmente, decidir abandonar el tratamiento puede ser más difícil que continuarlo. En cada nuevo paso del tratamiento, los pacientes deben ser conscientes de sus propios límites de resistencia. Al final de cada etapa fallida de tratamiento médico, el asesoramiento debe facilitar la consideración de nuevas perspectivas y/o opciones de futuro. Esto podría significar detener el tratamiento de esterilidad, considerar métodos alternativos de tratamiento médico o intensificar el tratamiento. Los pacientes deben ser motivados a participar activamente del proceso de toma de decisión. Los pacientes deben ser preparados para las reacciones emocionales que acompañan a un tratamiento fallido. Al final del tratamiento, equipo y paciente(s) deben discutir el significado personal de haber perdido un importante objetivo en la vida y también las ventajas individuales de una vida sin niños. Se ha de animar a los pacientes a encontrar aquellos recursos que les hagan superar el fallo del tratamiento de esterilidad. Podría significar el implicar a conocidos o amigos, o contactar grupos de auto-ayuda. Una posibilidad es preguntar a los pacientes si sería bueno para ellos crear su propio ritual de duelo para prevenir un sentimiento crónico de pérdida, no resuelto especialmente en casos de abortos y/o muerte perinatal .

Una vez que han decidido finalizar los tratamientos de reproducción, la pareja debe construir una nueva identidad como pareja sin hijos, para ello, es conveniente reexaminar las bases de su relación. En el momento del matrimonio la pareja asumió determinadas cuestiones acerca de su papel o rol en la pareja como padre de unos hijos, que finalmente, no van a poder venir como ellos tenían planeado. Es posible que ante esta nueva situación, ciertas cuestiones que anteriormente no eran tan importantes o se aceptaban porque se compensaban con otras relacionadas con la paternidad, cobren mayor importancia y, en ocasiones, puedan llegar a generar nuevas dificultades en la relación. Por este motivo se hace necesario revisar el contrato de pareja y adaptarlo a la nueva situación que les ha tocado vivir. Habrá que discutir sus prioridades como pareja para el futuro. Recordar las cualidades de la pareja que determinaron la atracción mutua y las actuales razones para seguir funcionando como pareja sin hijos resulta muy beneficioso para ambos.

La decisión de abandonar el tratamiento puede verse como una vía para recuperar la posibilidad de elegir, independencia y privacidad para la vida del paciente. No existe evidencia empírica que demuestre que las parejas sin hijos son menos felices o menos estables a largo plazo que las parejas con hijos.

El apartado de finalización de ciclos y de tratamientos deberá formar parte de un capítulo especial de las futuras Guías. Sin embargo, hay una modalidad de finalización de tratamiento que es el embarazo, que a pesar de merecer también un capítulo aparte, será brevemente expuesta a continuación.

8. Concepción y embarazo tras los tratamientos de reproducción asistida

La calidad de los programas de reproducción humana asistida suele evaluarse por las tasas de embarazo conseguidas o “niño llevado a casa”, pero se ha sugerido que existen otras medidas de los resultados como, por ejemplo, la satisfacción de los pacientes, que debieran ser tenidas en cuenta (Smeenk et al, 2004, Guerra et al, 1994) ¿Hasta qué punto pueden el estrés o los problemas emocionales afectar a la probabilidad de embarazo que tiene una persona o una pareja estéril en tratamiento?

La mayoría de los resultados obtenidos hasta la fecha en este sentido son contradictorios, aunque indican una probabilidad menor de conseguir una concepción o una mayor probabilidad de aborto espontáneo en mujeres que presentan problemas o trastornos psi-

cológicos y/o psiquiátricos (Seibel y Taymor, 1987, Andrew et al, 1992).

El momento en que el resultado del tratamiento de reproducción asistida es un éxito es un momento también difícil para muchas personas. El miedo a perder el embarazo o a que éste no sea correcto aparece frecuentemente como un estresor más para estas parejas.

El historial de infertilidad de los pacientes afecta a la manera en que viven el embarazo y la crianza del niño. La infertilidad provoca una crisis a nivel individual, familiar y social. La transición de una paciente infértil a gestante puede verse influenciada por el propio historial de fertilidad, la manera en que se ha llevado el problema de infertilidad en el pasado, el entorno sociocultural y el tipo de tratamiento al que se ha sometido.

Durante el tratamiento, las pacientes se concentran en quedar gestantes y tienen muchas fantasías sobre lo extremadamente felices que serán cuando consigan el embarazo. Sin embargo, cuando están embarazadas tienen que hacer frente a la posibilidad de complicaciones y al riesgo de aborto. Esto es especialmente problemático si previamente han sufrido algún aborto. La experiencia clínica muestra que la ansiedad y el estrés aumentan durante el embarazo conseguido después de un tratamiento de infertilidad.

Algunas pacientes pueden experimentar dos tipos de reacciones extremas en relación al embarazo. El rechazo puede aparecer en mujeres que no son capaces de desarrollar una unión con el feto porque temen que haya problemas durante la gestación (p.ej., aborto).

Otras pueden desarrollar una preocupación extrema ante cada acontecimiento fisiológico normal del embarazo. El hecho de que pacientes en estado de gestación no se sientan extremadamente felices con su embarazo, cuando creen que deberían, provoca sentimientos de culpa y vergüenza, lo que refuerza aún más los sentimientos que pudieran haber desarrollado cuando el problema de infertilidad fue descubierto.

Estar embarazada hace surgir problemáticas referentes al bienestar y la salud del bebé que ha de nacer. La incapacidad de la paciente para concebir puede haber causado una falta de confianza en su cuerpo y, en consecuencia, en la competencia de su cuerpo durante el embarazo y el parto. En las madres de fecundación in vitro (FIV) se detectan mayores niveles de ansiedad durante la gestación respecto del bienestar del bebé y del miedo de ser separadas del bebé después de que éste haya nacido. Además, las pacientes infértiles han de enfrentarse a una gran inseguridad respecto de la calidad de la futura relación pa-

dres-niño y de su crianza. Ser padres ha perdido su naturalidad. A menudo, los pacientes sienten que han de probar que serán buenos padres. A veces, incluso llegan a sentir que no serán unos padres competentes.

Los pacientes que han utilizado gametos de donantes, se sienten preocupados y ansiosos respecto de las consecuencias que puede tener el uso de material donando en la futura relación padre-hijo, madre-hijo. A pesar de que la mayoría son informados sobre aspectos como el anonimato del donante o sobre si hay que hablarle al niño sobre las circunstancias de su concepción, estos temas son tratados principalmente de manera teórica antes de empezar el tratamiento. Es más, durante el embarazo, el anonimato del material utilizado puede provocar curiosidad sobre el donante, ansiedad sobre su salud e historial genético, sobre las características físicas del bebé y a veces hasta un sentimiento de alienación hacia el niño que va a nacer.

En todos los casos, el apoyo psicológico debe tratar los efectos de las técnicas de reproducción asistida tales como la gestación múltiple, la reducción fetal y los riesgos del embarazo debidos a la elevada edad materna.

La intervención en estos casos tendrá como objetivos:

- Facilitar la transición de la paciente infértil a gestante. Las pacientes deben sentirse libres de los tratamientos de fertilidad, y concentrarse en el embarazo. Deben adaptarse a la gestación. Necesitan normalizarse en su nuevo estado y desarrollar una unión con el feto. Además, necesitan empezar una transición de roles como es la transición a la paternidad. En las clínicas en las que los equipos de obstetricia e infertilidad son diferentes, las pacientes deben separarse psicológicamente del equipo de infertilidad y confiar en el equipo de obstetras que les respaldará durante el embarazo y el parto.
- Reducir los niveles de estrés y ansiedad, ayudar a las pacientes a sobrellevar sus sentimientos de culpa y restituir los sentimientos de seguridad en ellas mismas para ayudarlas a sentir que controlan su embarazo.
- Tranquilizar a las pacientes sobre el impacto del tratamiento en la salud de su bebé sin subestimar la posibilidad de que el niño tenga un problema congénito o genético. Ayudarlas a sobrellevar el miedo a que el bebé tenga problemas de salud.
- Comparar sus ansiedades y su estrés con los de las pacientes que se embarazan de forma natural: mostrar las similitudes y explicar las diferencias resultantes de la situación de infertilidad. Para cada mujer, el embarazo es un periodo de pro-

fundos cambios físicos y emocionales que influyen en la imagen corporal, las relaciones con los demás y la identidad como madre gestante. Es más, la mujer debe compartir su cuerpo y desarrollar un vínculo con el bebé. Durante el embarazo pueden surgir algunos sentimientos ambivalentes. Por un lado, la mujer embarazada desarrolla un sentimiento de logro así como un mayor grado de autoestima. Sin embargo, también puede aparecer ansiedad, dudas sobre ella misma, menor confianza propia e intranquilidad por la competencia de su cuerpo complicando así su adaptación al embarazo

- Las pacientes deben ser informadas de que pueden aparecer algunos sentimientos ambiguos respecto el niño. Estos sentimientos son provocados a menudo por la idea de que han de ser padres “perfectos” y de que no deben imponerse esto a ellos mismos. La transición a la paternidad puede ser más difícil de lo que esperaban. Las pacientes también pueden cuestionarse la “corrección” de la decisión de tener un niño a través de la FIV. A los padres puede preocuparles que su hijo pueda verse afectado negativamente si éste conoce su concepción de manera no natural. Los padres deberían poder disponer de un consejo continuado después del nacimiento del niño.
- Hacer frente a los sentimientos ambiguos hacia el feto en la reproducción con intervención de un donante.
- Aconsejar en materias como el secreto y el anonimato en la reproducción con donante.

En caso de embarazo múltiple la dificultad puede aumentar, ya que, a pesar de que muchas parejas aseguran al iniciar los tratamientos que preferirían conseguir un embarazo doble, en la práctica, la adaptación a la paternidad en las situaciones de embarazos múltiples se hace mucho más compleja.

9. Consejo y apoyo a las familias de técnicas de reproducción asistida

Se han hecho muy pocos estudios dirigidos a investigar las repercusiones emocionales de los procesos de reproducción asistida tras haber finalizado. Fundamentalmente se han hecho dirigidos a conocer las familias resultantes de estos tratamientos, pero poco se sabe de los que no lo consiguieron o abandonaron.

El Estudio Europeo de Familias de Reproducción Asistida dirigido por Golombok en el 1996 con un seguimiento al cabo de 4 años, evaluó la calidad de la paternidad-maternidad y el desarrollo socio-emocio-

nal de los niños en familias creadas como resultado de la FIV y de la ID, comparándolos con familias de niños nacidos de forma natural y adoptivas, en España, Holanda, Italia y Reino Unido. En la primera parte del estudio que se llevó a cabo cuando los niños tenían entre 4 y 8 años de edad, se estudiaron muestras representativas de 116 familias con un niño concebido mediante FIV (dónde el niño estaba relacionado genéticamente con ambos padres), y 111 familias con un niño concebido mediante ID. Se compararon con 120 familias con un niño concebido de forma natural y 115 familias que habían adoptado un niño recién nacido. Estas familias se homogeneizaron dentro de lo posible en cuanto a sus variables socio-demográficas.

Las madres con hijos concebidos mediante TRA fueron las que expresaron más afecto hacia sus hijos, demostraron estar más implicadas emocionalmente, tener más tiempo de relación con sus hijos, así como la existencia de un menor estrés ante la maternidad, que las madres del grupo control, las que habían concebido de forma natural. Los padres de TRA también refirieron menos estrés ante la paternidad y en la evaluación realizada a las madres (sus mujeres) refirieron que dedicaban más tiempo a sus hijos que los padres que tenían un hijo concebido de forma natural. Las puntuaciones de los progenitores adoptivos en estas escalas fueron casi iguales que las de los progenitores de TRA. Estos hallazgos indicaron que la calidad de la paternidad-maternidad en las familias de niños entre 4 y 8 años concebidos por TRA era superior a la de las familias con un niño concebido de forma natural. No se observaron diferencias entre las familias de FIV y de ID, sugiriendo esto que los vínculos genéticos son menos importantes para el funcionamiento familiar que el deseo elevado de tener un hijo. Se observaron diferencias entre los progenitores en cuanto a medidas de ansiedad, depresión o satisfacción marital, lo cual reflejó que tenían mayores dificultades los del grupo que había concebido de forma natural.

Por otro lado, se entrevistó a las madres de ID preguntándoles sobre la intención de ambos de decir a sus hijos la verdad sobre sus orígenes genéticos. Fue muy sorprendente el hecho de que ninguno de los progenitores de este grupo de ID de los 4 países participantes les hubiera dicho a sus hijos que habían sido concebidos mediante la utilización del esperma de un donante anónimo. A pesar de ello, más de la mitad de las madres del grupo de ID (56%) le había contado a un amigo o a algún familiar la verdad, con el riesgo que esto comportaba de que otras personas se lo dijeran al niño.

En cuanto al bienestar de los niños, se administraron cuestionarios estandarizados sobre el comportamiento y los problemas emocionales de los niños, a las madres y a los profesores. A los niños se les administraron tests de auto-estima y de sentimientos hacia sus padres. Los niños de TRA no fueron diferentes en la presencia de trastornos psicológicos o a su percepción de la relación con los progenitores en ninguno de los 4 países. Cuando se volvió a evaluar a las mismas familias al cabo de 4 años, siendo algunos de los niños ya pre-adolescentes, los resultados fueron similares, indicando que no había diferencias entre los niños. De igual forma, la salud mental de los progenitores, seguía siendo estable y no era diferente a la del resto de poblaciones controles estudiadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Adashi EY, Cohen J, Jones HW, de Krestener DM, Lunenfeld B, Rosenwaks Z, Van Steirteghem A. (2000) Public Perception on infertility and its treatment: an international survey. *Human Reproduction* 115, 2:330-334.
- Alper MM, Brisden PR, Fischer R, Wikland M. (2002) Is your IVF programme good? *Human Reproduction*; 17: 8-10.
- Andrews FM, Abbey AA, Hallman LJ. (1992) Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril* ; 57,6:1247-1253.
- Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D. and Tennant, C. (1993): "Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ ET treatment". *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 38, nº3, 229-240.
- Beck, A., John Rush, A., Brian F. Shaw (1991): "Terapia cognitiva de la depresión". DDB. Barcelona
- Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, Daniels KR, Darwish J, Guerra-Díaz D, Hammar M, McWhinnie AM, Strauss B, Thorn P, Wischmann T, Kantenich H. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod* 2001;16:1301-1304.
- Burns, L.; Covington, S. N. (1999): *Infertility counselling: A comprehensive handbook for clinicians*. N.Y. Parthenon Publishing Group.
- Connolly KJ, Edelmann RJ, Cooke ID, Robson J. (1992) The impact of infertility on psychological functioning. *J Psychosom Research*; 36, 5: 459-468.
- Cook R, Parson J, Mason B, Golombok S. (1989) Emotional, marital and sexual problems in couples embarking upon AID and IVF treatment for infertility. *J Reprod Infant Psychol*, ; 7:87-93.

- Domar AD, Slawsby EA, Kessel B, Freizinger M. (2000) Impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychol* ;19:568-575
- Domínguez R (1999): ¿Existen las causas psicológicas de la infertilidad? *Bol Soc Chil Fertil* 1999;
- Dymphie van Berkel Ph, Lydia van der Veen, M. A. et al (1998): Differences in the attitudes of couples whose children were conceived through artificial insemination by donor in 1980 and in 1996. *Fertil Steril*, Vol. 71, nº 2. February 1999.
- Eunpu, D. L. (1995): "The impact of infertility and treatment guidelines for couples therapy". *The American Journal of Family Therapy*, Vol.23, nº2.
- Fekkes M, Buitendijk SE, Verrips GHW, Braat DDM, Brewaeys AMA, Dolfing JG, Kortman M Leerentveld RA, Macklon NS. (2003) Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*; 18:1536-1543
- Given JE, Jones GS, McMillen DL. (1985) A comparison of personality characteristics between in vitro fertilization patients and other infertile patients. *J In Vitro Fert Embryo Transf* ;;2 (1): 49-54,
- Golombok, S. (1992) Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction* 7: 208-212.
- Golombok, S., Brewaeys, A., Cook, R., Giavazzi, MT., Guerra, D., Mantovani, A., van Hall, E., Crosignani, PG., Dexeus, S. (1996) The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. *Human Repr*, 11, 2324-331.
- Golombok, S., Brewaeys, A., Giavazzi, M.T., Guerra, D., MacCallum, F., and Rust, J.(2002) The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. *Hum. Reprod.* 17: 830-840
- Guirault, M. en www.members.tripod.com/infertilidad/psicologia.htm
- Guerra Díaz, D. (1998): *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona. Editorial Planeta.
- Guerra D, Llobera A, Veiga A, Barri PN.(1988) Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*; 13, 6, 1733-1736.
- Guerra D, Casas M, Farré JM. Factores psicológicos en la pareja estéril. XXX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, Valencia, Noviembre 1994.
- Hammarberg K, Astbury J, Baker HW. Women's experience of IVF: a follow-up study. (2001) *Hum Reprod* ;, 16, 2 :374-378.
- Hammarberg K. (2003) Stress in assisted reproductive technology: implications for nursing practice. *Human Fertility*; 6:30-33
- Iribarne, C. Mingote, C., Denia, F., Ruiz Balda, J.A., Fuente Pérez, P. (2002): "Estrés, estrategias de afrontamiento y duelo en mujeres infértiles". *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Nº 64: 7-14.
- Johnston M, Shaw R, Bird D. (1987) "Test-Tube Baby" procedures: Stress and judgements under uncertainty. *Psychol Health*, ;, 1:25-38.
- Lazarus Richard, S. y Folkman S. (1986): "Estrés y procesos cognitivos". *Biblioteca de Psicología, psiquiatría y salud*. Martínez Roca. Barcelona.
- Lemmens G M, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E, Vanderschueren D, Hooghe T D, Demyttenaere K. (2004) Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*,19 (8): 1917-1923.
- Merari D, Feldberg D, Elizur A, Goldman J, Modan B.(1992) Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization *J Assisted Repro and Gene*;, 9, 2:161-169,
- Möller A, Fällström K. (1991) Psychological consequences of infertility. A longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynecol* ;, 12, 27-45.
- Moreno, A. : "Las técnicas de inoculación de estrés como medio efectivo de afrontar la ansiedad debida a los tratamientos de la esterilidad". SEF.
- Myers, L. B., Wark, L. (1996): "Psychotherapy for infertility: a cognitive-behavioral approach for couples". *The American Journal of Family Therapy*, Vol. 24, nº1, Spring 1996.
- Negre Masiá, C.: "Final de tratamiento y adopción". *Revista SEF*
- Newman NE, Zouves CG. (1991) Emotional experiences of in Vitro Fertilization participants. *J Vitro Fert Embryo Transfer*.8,6:322-328.
- Olivius C, Friden B, Borg G, Bergh C. (2004)Psychological aspects of discontinuation of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 81, 20: 276-282.
- Palacios E, Jadresic E (2000): Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2000
- Raval H, Sald P, Lieberman BE. (1987)The impact of infertility on emotions and the marital and sexual relationship. *J Repro Infant Psychol* , 5: 221-234.
- Ranz Torrejón, R. : "Esterilidad, técnicas de reproducción asistida y terapia familiar médica"
- Salvatore P, Gariboldi S, Offidani A, Coppola F, Amore M, Maggini C. (2001) Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility and Sterility*; 75 (6) 1119-1125.
- Smeenk J M J, Verhaak C M, Vingerhoets A J J M, Sweep C g J, Merkus J M W M, Willemsen S J, van Minnen A, Straatman H, Braat D D M. (2004) Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. *Human Reproduction*.

- Sanders, K A, Bruce, N W. (1999) Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Human Reproduction*,; 14, (6): 1656-1662.
- Shaj DA, Smith CK, Kimmme KL, Houseknecht RA, Hewes RA, Medy BE, Leduc LB, Danforth A. (1988) A psychosocial description of a select group of infertile couples. *J Fam Pract*; ,; 27 (4): 393-397.
- Seibel MM, Taymor ML. (1987) Emotional aspects of infertility. *Fertility and Sterility*,; 37:137-145.
- Spector, J., Bean, B. (1992): "Psychological treatment of infertility-report of a fertile collaboration." *The British Journal of Family Planning*, n°18, 73-75.
- Strauss B, Appelt H, Bohnet HG, Ulrich D. (1991) Relationship between psychological characteristics and treatment outcome in female patients from an infertility clinic. *J. Psychosom Obstet Gynaecol* 13: ,121-133.
- Tarlatzis I, Tarlatzis BC, Diakogiannis I, Bontis J, Lagos S, Gavriilidou D, Mantalenakis S. (1993) Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Human Reproduction*,; 8:396-401
- Ting-Hisu C, Shen Ping C, Chia Fen T, Kai-Dhi J (2004) Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic, *Human reproduction*,; 19, 10:2313-2318.
- Tirado, M., Méndez, V., Caligara, C. et al (2007): Anxiety and IVF outcome: a prospective study in female patients and donors. Presentado para comunicación en Congreso de la ESHRE de 2007.

Intervención psicológica grupal en Reproducción Humana Asistida

Katy Gutiérrez

La infertilidad/esterilidad es un proceso que puede provocar una crisis vital en la pareja. Además, es una experiencia considerada como estresante para el 90% de las parejas debido, entre otras cosas, a las características particulares de esta situación (impredecible, incontrolable y ambigua) así como a su impacto nocivo en diferentes esferas personales: social, económica, sexual y emocional. (San Juan, 2000)

Cuando la pareja mantiene este nivel de ansiedad durante un periodo prolongado de tiempo y/o no sabe como afrontarlo, esto genera sentimientos negativos como culpa, preocupaciones, miedos, desesperanza, resentimiento, tristeza, que si no son manejados correctamente pueden interferir en las actividades normales del paciente, pueden convertirse en síntomas psiquiátricos como depresión ó ansiedad y en última instancia pueden conducir al paciente a la falta de cooperación o abandono del tratamiento. (San Juan, 2000)

Por ello, para ayudar a afrontar mejor esta crisis vital y procurar el mayor equilibrio emocional posible, se han ido desarrollando diversos métodos de intervención psicológica para ayudar a los pacientes infértiles/estériles.

Dichos métodos de intervención pueden ser de forma individual, de pareja o grupal y el objetivo principal se centra en prevenir la aparición de cuadros clínicos, mantener mayor esperanza y optimismo en el tratamiento, así como ayudar al logro de los objetivos personales.

Debido a la escasa literatura que existe con respecto a la intervención psicológica grupal en pacientes infértiles/estériles, este capítulo está dedicado a ofrecer una aproximación acerca de la importancia, los modelos y los beneficios de las intervenciones grupales.

1. TIPOS DE INTERVENCIÓN GRUPAL

La importancia del papel que desempeñan los grupos como sistemas sociales, en las conductas de

salud y enfermedad les convierten en instrumentos fundamentales para la promoción, la prevención, el tratamiento y la intervención en los múltiples ámbitos de la salud psicosocial, así como en los procesos de interacción e integración de los usuarios en los programas y unidades asistenciales (Rodríguez y García, 1996, citado en Gil, 2003)

En estos contextos, la intervenciones grupales tratan de optimizar los recursos de apoyo utilizado, bien la red natural de apoyo ya existente, bien movilizando nuevos vínculos sociales introduciendo a las personas en nuevos grupos. (Gil, 2003)

Con respecto al tratamiento con pacientes con problemas de infertilidad/esterilidad, las intervenciones psicológicas de tipo grupal se pueden clasificar en dos modalidades:

a) Los grupos de aplicación de programas de medicina conductual ó psicoeducativos.

Este tipo de intervención está siempre modulada por un profesional o grupo de profesionales de la salud mental. Consiste en la elaboración de objetivos y estrategias destinadas a estimular conductas de salud y bienestar psicosocial, en detrimento de los hábitos antisaludables. Aplicar estos programas de intervención significa desarrollar tres fases elementales: detectar, motivar e instruir. (Gallar, 1998)

Los objetivos se centran en el aprendizaje de estrategias para afrontar el desajuste psicológico provocado por la situación de la infertilidad, conseguir cambios que faciliten una mejor adaptación a situaciones nuevas y vivir la experiencia de conocer a otros miembros que han pasado o están pasando circunstancias parecidas. (Gil, 2003)

A diferencia de otro tipo de intervención grupal, los programas de Medicina Conductual o psicoeducativos tienen una duración determinada, cuentan con unos objetivos muy definidos y finalmente se realiza

una evaluación para valorar la idoneidad del procedimiento y los resultados obtenidos.

b) Los grupos de apoyo informativos

Estos grupos, modulados o no por un profesional de la salud mental, suelen ser grupos pequeños formados por sujetos voluntarios que tienen un problema en común que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal (Gil, 2003) los cuáles ofrecen un espacio para la expresión de temores y dudas, se comparten experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento, retroalimentación y cuyo objetivo se centra en informar, asesorar y escuchar a otros miembros del grupo.

Según Gil (2003) la pertenencia a ellos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, de modo que compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales mediante la interacción con personas que tienen problemas carencias y/o experiencias comunes.

Dentro de este grupo se ha incluido los grupos de autoayuda, las asociaciones de pacientes y las sesiones informativas de tipo grupal.

A continuación se describirá más detalladamente cada grupo.

2. LOS PROGRAMAS DE MEDICINA CONDUCTUAL O PSICOEDUCATIVOS

Desde comienzos de los 90 y a partir de la evidencia del impacto psicológico negativo en pacientes sometidos a tratamientos de reproducción asistida, se han ido desarrollando hasta la fecha diferentes programas de intervención grupal entre los cuáles podemos destacar: El Programa Mente-Cuerpo “Body-Mind” desarrollado por Domar y cols. (1990); Los programas de terapias grupales centradas en las emociones y centradas en el problema de McQueeney y cols (1996); El programa cognitivo-conductual desarrollado por Tuschen-Caffier, Florin y cols. (1999); el planteamiento desarrollado por Wischman y cols (2002), El programa de apoyo psicológico desarrollado por Dolz y García (2002) y mas recientemente, El programa de preparación psicológica para la RA de Llavona y Mora (2003); El tratamiento grupal cognitivo-conductual para disminuir el estrés en parejas en lista de espera elaborado por Tarabusi, Volpe y Facchinetti (2004); el modelo integral de asistencia sanitaria de la reproducción asistida de (Greenbaum, 2005) y El programa educacional para mejorar la co-

municación y manejo de estrés en las parejas infértiles elaborado por Schmidt y cols (2005).

Cada programa cuenta con sus propios objetivos, algunos pueden ser mas específicos que otros, unos van dirigidos a mujeres otros a parejas, la duración puede oscilar entre 5 y 12 sesiones, no obstante, a nivel general, pretenden que los miembros del grupo desarrollen capacidades que estimulen su bienestar personal, aprender a manejar situaciones conflictivas en el ámbito personal y de pareja y en definitiva percibir sus problemas como obstáculos superables.

Con el fin de obtener un mayor beneficio, dentro de los programas de intervención psicológica grupal, algunos autores como Domar recomiendan al inicio del mismo realizar una valoración inicial acerca del estado físico y emocional en el que se encuentra la paciente. Si una paciente presenta síntomas depresivos severos, se barajará la posibilidad de un tratamiento individualizado y cuando los síntomas empiecen a decrecer pasará a incorporarse al tratamiento grupal.(Domar, 2000).

Se revisarán algunos de los mas importantes.

2.1 Programa Mente-Cuerpo para la Infertilidad (Domar 1990)

Este programa va dirigido a mujeres con problemas de infertilidad/esterilidad primaria o secundaria. Incluye también a mujeres/o en tratamiento de donación de gametos.

Duración: 10 sesiones semanales. Cada sesión dura 2 horas y media, excepto la primera (6 horas) y la última (1 hora).

Evaluación: En las primeras publicaciones la autora ha utilizado el Inventario de Depresión de Beck BDI (Beck et.al 1979) para medir depresión y el SCID para medir sintomatología (Domar et.al 1992, 1999). En un estudio mas reciente (Domar et. al, 2000) agrega otras escalas como La escala de estado de ánimo POMS (McNair, 1971), Escala de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (Spielberger, 1988), La escala de Autoestima (Rosenberg, 1972), La escala de Estrés Marital MDS (Pearlin & Schooler, 1978) y El Perfil de estilos de vida saludable HPLP (Walter, Sechrist & Pender, 1987).

Componentes del programa:

- * Valoración del estado físico y psicológico
- * Técnicas de relajación (meditación, yoga, ejercicios autógenos, relajación muscular progresiva, entrenamiento en imaginación,etc.)
- * Técnicas breves de relajación (respiración diafrágica)

- * Información nutricional
- * Practica de ejercicio físico
- * Autocuidado e incremento de actividades placenteras
- * Reestructuración cognitiva
- * Discusión de distintas alternativas del embarazo
- * Búsqueda de información
- * Habilidades de comunicación y entrenamiento asertivo
- * Entrenamiento en la distribución del tiempo y apoyo
- * Revisión de metas personales.

Tareas de refuerzo: Ejercicios de relajación (todos los días al menos 20 minutos) y autoregistros de relajación, cambio de hábitos y mejoría durante la semana. (Domar, 1990, 1992 citado en Moreno, 2000)

Resultados: En un estudio realizado por la autora (Domar, et.al. 2000) con una muestra de 184 mujeres con problemas de fertilidad, se demostró que tras haber terminado este programa las mujeres presentaron una disminución significativa en los niveles de ansiedad, desaparecieron algunos síntomas como el insomnio, la fatiga y/o dolores de cabeza, presentaron menos estrés marital y en general habían mejorado su estado de ánimo con respecto al grupo control. Así mismo, de las 55 mujeres que terminaron el programa 20 de ellas quedaron embarazadas durante los siguientes 6 meses, mientras que sólo 5 de las 63 mujeres del grupo sin tratamiento lo lograron.

2.2 El programa grupal centrado en las emociones y centrado en el problema de McQueeney, Staton y Sigmon (1996)

El programa va dirigido a mujeres con dificultades de embarazarse y que lleven por lo menos 12 meses sin conseguirlo. Cada grupo está compuesto de un máximo de 6 participantes.

Duración: 6 sesiones semanales de 90 minutos de duración cada una.

Evaluación: Escala de Habilidades Sociales COPE (Carver et. al, 1989) de este test se escogieron sólo algunas subescalas. La escala de Salud Mental MHI (Davies et. al, 1988) la cuál mide ajuste psicológico, bienestar y nivel de estrés. La escala de depresión de Beck BDI (Beck et.al 1979) que mide depresión y por último una escala realizada por Staton (1991) que mide el nivel de bienestar-estrés en personas infértiles.

Componentes del programa:

El *tratamiento centrado en la emoción* trabaja con tres aspectos principalmente: facilitar la expresi-

ón emocional en torno al problema de la infertilidad, promover actividades agradables y la relajación para contrarrestar las emociones negativas y reducir los efectos negativos asociados a pensamientos disfuncionales.

El *tratamiento centrado en el problema* enseña a las participantes una serie de técnicas para aumentar la percepción de control y dominio sobre los pensamientos, aprender a manejar asertivamente los resultados con los médicos, el personal y otras personas, promover la búsqueda activa de diversas fuentes de información del tema de la infertilidad y enseñar estrategias de solución de problemas.

En ambos grupos se asignan tareas a realizar fuera de las sesiones para cada proceso emocional o solución de problema, dependerá de cada grupo.

Resultados: En un estudio realizado por estos autores con una muestra de 29 mujeres las cuáles fueron divididas en tres grupos: entrenamiento centrado en la emoción (CE), entrenamiento centrado en el problema (CP) y un grupo control (GC) que no tuvo tratamiento, se demostró que tras haber finalizado la intervención, el grupo CE y CP obtuvo mayor ajuste psicológico, menor índice de depresión y estrés y una mayor sensación de bienestar general que el GC. Estas mejorías fueron en aumento en el caso del grupo CE al cabo de un mes. No obstante, después de un mes de seguimiento 8 de 10 participantes del grupo CP llegaron a ser padres (4 biológicos y 4 adoptados), comparado con 2 de 8 del grupo CE (1 biológico y 1 adoptado) y 3 de 8 (2 biológicos y 1 adoptado) del GC.

2.3 Programa de Apoyo psicológico (PAP) Dolz y García (2002)

El programa va dirigido a mujeres con problemas de infertilidad que se encuentran actualmente en tratamiento médico.

Duración: 8 sesiones semanales de una hora aproximada de duración, en un periodo comprendido de 2-3 meses.

Componentes del programa:

- * Entrenamiento en Técnicas de autocontrol (respiración, relajación, detección de pensamientos negativos, rechazo y reconstrucción cognitiva de ideas y creencias irracionales)
- * Inducción a un estado emocional positivo (autofuerzo, asertividad, visualizaciones positivas)
- * Entrenamiento en técnicas de prevención y control de respuesta (calendarización de refuerzos para etapas críticas en el tratamiento)

- * Información sobre el tratamiento en general y los pasos a seguir
- * Desensibilización acerca de las fobias o posibles problemas paralelos que se puedan plantear.

Resultados: Tras la aplicación del programa a 60 mujeres dentro de un periodo comprendido entre los años 2000-2002, se concluyó que al término del programa las mujeres reportaron una mejoría del estado de ánimo en general, mayor percepción de la calidad de vida y una mayor autoestima. Así mismo, el 54% de las mujeres que concluyó el programa logró embarazarse y sólo el 5,7% de este grupo abandonó los tratamientos en reproducción asistida TRA, en comparación con un grupo no sometido a tratamiento (grupo control) que sólo llegaron a embarazarse el 28% de estas mujeres y la tasa de abandono de las TRA se elevó a 37,5%.

2.4 Programa de preparación psicológica para la reproducción asistida (Llavona, 2003)

Este programa está dirigido a personas diagnosticadas como infértiles y que se disponen a iniciar un tratamiento. Va destinado tanto a mujeres y hombres solos como a parejas, aunque se recomienda que al menos las dos últimas sesiones estén los dos miembros.

Duración: 6 sesiones semanales de 90 minutos aproximadamente, distribuidas en un mes y medio.

Componentes del programa:

- * Fomento de la autoestima
- * Control de la ansiedad
- * Eliminación/prevención de conductas depresivas
- * Control de los pensamientos interferentes
- * Fomentar las conductas “adecuadas a la tarea” que requieren diversas técnicas
- * Fomento de las habilidades de comunicación asertiva con el equipo sanitario
- * Adecuación a la realidad de las estimaciones de éxito de las diversas técnicas
- * Recuperación del sentimiento de control sobre sus vidas.

En relación la pareja:

- * Fomentar las conductas positivas entre la pareja
- * Fomentar la comunicación eficaz
- * Fomentar la toma de decisión ecuaníme
- * Fomentar interacciones sexuales placenteras
- * Desfocalizar la relación de pareja desde la infertilidad hacia otras áreas de la relación
- * Establecimiento de las responsabilidades del control de la espiral de tratamientos.

2.5 Modelo para la Intervención psicológica con pacientes Estériles/Infértiles VIDA

Para poner en marcha cualquier programa de intervención y con el fin de seguir una pautas similares de actuación, a continuación se expone un sistema de cuatro pasos en donde se resumen los elementos que a nuestro parecer se tienen que tomar en cuenta a la hora de realizar un programa de intervención psicológica grupal. Dicho proceso lo hemos resumido con las siglas VIDA.

VIDA Paso 1. Valoración del estado físico y emocional

Para poder llegar a conocer el estado actual de las (los) pacientes y la conveniencia o no de participar en un programa, además de las pruebas médicas, es necesaria una adecuada evaluación de los componentes más relevantes de su historia personal, sus hábitos de vida, su relación de pareja, sus relaciones sociales, sus recursos personales y de su estado emocional. Dicha información es recogida a través de la entrevista clínica y de test psicológicos. En base a ello se puede definir cuáles son los puntos problemáticos de cada uno, cuáles podrían ser sus objetivos personales y la conveniencia o no de comenzar un tratamiento individual.

La valoración del estado actual del (la) paciente es muy importante a la hora de medir la eficacia de un tratamiento, ya que son variables a tomar en cuenta antes y después del tratamiento. Dicha medición debe hacerse con los mismos instrumentos de medición.

VIDA Paso 2. Información

Toda buena intervención grupal ha de proveer a los miembros del grupo información veraz acerca de los tratamientos en reproducción asistida, en qué consisten, que opciones tienen, porcentaje de eficacia, ventajas y desventajas en cada una de ellas, etc. Además, ha de informar acerca de los procesos emocionales experimentados de acuerdo a la etapa en la que se encuentren y del impacto y posibles cambios que se viven a nivel personal, pareja, social y funcionamiento habitual de vida.

Para apoyar dicho aporte de información se puede recomendar material de apoyo como la lectura de algunos manuales, libros, videos o el acceso a algunas páginas de Internet.

El objetivo de informar es desmitificar ideas erróneas o preconcebidas acerca de la infertilidad y su tratamiento, que observen y puedan valorar su estado emocional y que puedan tomar decisiones acerca de cómo, cuando y hasta donde quieren llegar.

VIDA Paso 3. Disminuir estados emocionales negativos

El principal propósito es el de disminuir los niveles de depresión y ansiedad, principales emociones negativas relacionadas con la infertilidad, para ello es importante propiciar en las (los) pacientes que realicen actividades que les son placenteras, fomentar la comunicación con la pareja e incrementar el apoyo social.

El apoyo emocional que brindan los propios miembros del grupo, es muy importante ya que facilitan la expresión emocional y propicia un clima de empatía, aprecio y confianza de unos hacia los otros.

El dotar de estrategias de relajación y respiración, el fomento de actividades físicas, el enseñar estrategias para controlar pensamientos negativos, la mejora de los hábitos de vida son elementos importantes para combatir estos estados emocionales.

VIDA Paso 4. Afrontamiento eficaz

Para llevar a cabo los objetivos y afrontar el problema de una forma eficaz, es necesario tener un plan de acción donde la persona planifique donde, durante cuanto tiempo y cómo quiere llevar el tratamiento, si el objetivo principal de la pareja es ser padres, se abrirá un abanico de opciones para poder serlo como recurrir a la donación de óvulos o la adopción por ejemplo. Incluye en este plan el saber que hacer en momentos difíciles, cómo llevar los días de espera, cómo manejar el entorno familiar, por ejemplo.

Para ello, es importante dotar a los miembros del grupo de estrategias para aumentar su percepción de control de la situación, enseñando estrategias de solución de problemas y toma de decisiones, enseñar a manejar asertivamente situaciones difíciles y propiciar la búsqueda activa de información y nuevas soluciones.

3. LOS GRUPOS DE APOYO INFORMATIVO

Dentro de este apartado hemos incluido los grupos de autoayuda, las sesiones informativas de tipo preventivo y las asociaciones de pacientes.

3.1 Grupos de Autoayuda

Existe cierta confusión entre los términos de grupos de autoayuda y grupos de apoyo, básicamente la diferencia se resume en que aquéllos funcionan de manera autónoma, al margen de los profesionales y sin limitación temporal, no obstante, persiguen obje-

tivos muy parecidos y la distinción resulta poco operativa (Gil, 2003).

Para Martínez-Taboada y Palacín (1997) la aplicación de los grupos pequeños como una forma de intervención y red de apoyo es frecuente y recomendable.

Según esta misma autora a nivel general, los grupos de ayuda mutua ofrecen:

- * **Información y asesoramiento.** Los miembros del grupo se intercambian informaciones acerca de recursos y servicios y de cómo afrontar el problema de infertilidad,
- * **Soporte emocional.** Desde el compartir y la empatía de la misma situación.
- * **Servicios asistenciales** ante las necesidades del colectivo afectado
- * **Actividades sociales,** superando el aislamiento que a menudo causa la situación que comparten
- * **Actividades reivindicativas:** El grupo puede formar presión ante instituciones públicas para conseguir cambios de estructura y sensibilizar a la población, etc.

3.2 Sesiones grupales de Información de tipo preventivo

Las intervenciones de tipo preventivo, suelen ser sesiones únicas dirigidas tanto al público en general como a pacientes justo al inicio del tratamiento médico y se trata de una primera aproximación a los aspectos médicos, biológicos y psicosociales del tema de la infertilidad/esterilidad. Su objetivo central es el de proveer información general, con el fin de que la pareja tome decisiones sobre los caminos a elegir ante el problema de la infertilidad y, al tiempo, prevenir futuras alteraciones emocionales. (Llavona, 2003)

Esta sesión suele incluir explicaciones accesibles sobre el proceso reproductor, así como información de las técnicas de reproducción asistida, probabilidad de éxito, riesgo y posibles estados anímicos provocados por la situación de tratamiento. Además, puede incluirse pequeños y sencillos consejos para prevenir el malestar psicológico o estrategias prácticas sobre cómo afrontar momentos especialmente difíciles.

Para completar la información pueden ofrecerse manuales informativos tales como el de Guerra (2000), Caballero y Nuñez (1999) y/o Keim, Zouther y Albertine (2001)

3.3 Asociaciones de pacientes

En España existen múltiples organizaciones de ayuda y asociaciones de pacientes entre las cuáles po-

demos mencionar: La Asociación española de Esclerosis Múltiple, Asociación de familiares de Alzheimer, Federación española contra la fibrosis, Asociación Española contra el Cáncer, Alcohólicos Anónimos, por nombrar algunas. Muchos de estos organismos cuentan con delegaciones repartidas por las principales ciudades del país. En ellas, los pacientes interesados y sus allegados cuentan con recursos materiales y humanos con los que afrontar, no solo los problemas sanitarios, sino los psicológicos y sociales que implica el problema. Así, estas asociaciones organizan cursos, conferencias, asesoran desde el punto de vista médico y psicosocial. Todo ello permite, además, que el paciente se sienta respaldado, acompañado por un colectivo sensibilizado, solidarizado e identificado con él. (Gallar, 1998)

Con respecto al problema de infertilidad existen asociaciones específicas dedicadas a este colectivo cuyo objetivo es ayudar a las personas infértiles y/o estériles, así como a cualquier persona interesada en el tema, informando acerca de centros de reproducción asistida, aspectos físicos, psicológicos y jurídicos del problema de la infertilidad, entre otras actividades y para estos fines llevan a cabo conferencias, sesiones de trabajo, actividades recreativas y todo lo que considere necesario para el logro de sus objetivos.

A continuación se detallan las asociaciones o grupos de ayuda para pacientes infértiles/estériles de carácter tanto nacional como local.

GENERA (Nacional)

Asociación de Ayuda al Fertilidad

<http://www.asociaciongenera.org>

Avda. Diagonal 469

08006, Barcelona

Tel.93 3580958 619413112

Presidenta: Diana Guerra

ASPROIN (Nacional)

Paseo Recoletos 18, esc Dcha 4ª

28001 Madrid

Tel 91 - 447.76.26

Presidenta: encarnación Luzón

<http://members.fortunecity.es/inaa1/asproin.htm>

CERES (Nacional)

C/ Diagonal

46.520 Puerto de Sagunto (Valencia)

Tel 96 - 269.07.47

e-mail: a.ceres@teletel.es

FREYA (Andalucía)

Apt. Correos 11.042

41.014 Sevilla

Tel 95 - 5678903

ASOCIACIÓN DE INFERTILIDAD DE ARAGÓN

C/ Andrés Vicente 32, 7º D

50.017 Zaragoza

Tel 976.53.12.69

Presidente: Roberto Gutierrez Garza

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FERTILIDAD (SEF)

C/ Argensola 7, 1º Dcha

28004 Madrid

Tel / Fax 91 308.02.80

<http://www.serfertilidad.com>

4. BENEFICIOS DE LA AYUDA PSICOLÓGICA

Existen diversos estudios tanto nacionales como internacionales donde se analizan los resultados obtenidos de la intervención psicológica ya sea individual ó grupal. Los criterios incluyen medidas de niveles de ansiedad y depresión, medidas de calidad de vida y satisfacción personal, modos de afrontamiento y grado de indefensión.

Dichos estudios (**Domar, Siebel y Benson, 1990, Domar et al., 1992, Domar, Zuttermeister y Friedman, 1999, Tuschen- Caffier et al., 1999**) concluyen que aquellos pacientes que se sometieron a intervención psicológica obtuvieron algunos de los siguientes beneficios:

- * Disminución en niveles de ansiedad, estrés y depresión
- * Mayor autocontrol emocional.
- * Mayor autocontrol cognitivo para neutralizar los pensamientos negativos, las anticipaciones de fracasos y las reevaluaciones de los mismos.
- * Refuerzo de la autoestima.
- * Mayor optimismo y cooperación en el tratamiento.
- * Incremento de la confianza y comunicación con el equipo médico
- * Mejora en las dificultades de relación de pareja surgidas como consecuencia de los tratamientos.
- * Aumento de la percepción de calidad de vida y del bienestar personal.
- * Incremento de la percepción de control frente al seguimiento pasivo de los tratamientos.
- * Toma de decisiones más adecuadas y una consecuente mejor integración de los pacientes en todo el proceso médico.
- * Prevención y mejoría del desajuste psicológico cuando la situación de infertilidad se alarga.

Todo ello también se traduce en una menor tasa de abandono de los tratamientos y una mayor tasa de

embarazos y nacidos vivos (Domar et al., 2000, Dolz y García, 2002), frente a las pacientes y las parejas que siguen la atención médica de rutina sin ningún tipo de intervención psicológica.

5. CONCLUSIONES

A partir del impacto social y los avances científicos en el campo de la reproducción asistida, se ha aumentado la demanda de este tipo de servicios y a la par, los profesionales de la salud mental han ido investigando y desarrollando formas de intervención psicológica más eficaces para paliar el impacto negativo que conlleva el someterse a tratamientos de reproducción asistida.

En las dos últimas décadas la literatura ha dado un giro en cuanto a la explicación y sobre todo al tratamiento de la salud reproductiva en la mujer, se ha pasado de poner acento en los procesos inconscientes y mecanismos defensivos en la mujer a concebir los problemas de salud reproductiva desde una perspectiva bio-psico social. (Staton, Lobel, Sear & Stein, 2002).

En este sentido, se han ido creando programas de intervención psicosocial y de medicina conductual basados en la salud integral, que consisten en el entrenamiento y difusión de cuatro temas básicos: información, la atención en el fomento de hábitos de vida saludable, entrenamiento de técnicas de autocontrol y reestructuración cognitiva.

Este enfoque integral también ha sido ampliamente difundido y aplicado en otros ámbitos de la salud como por ejemplo en el cáncer, la hipertensión, el sueño, la esclerosis, por mencionar algunos.

Las ventajas de las intervenciones grupales con respecto a las intervenciones individuales son varias entre las que podemos mencionar el hecho de brindar la oportunidad a más número de pacientes en un tiempo relativamente más corto; el prevenir la aparición de futuros trastornos o problemas emocionales (dado que pueden realizarle al comienzo del tratamiento) y la ventaja más importante que conlleva este tipo de intervención es la oportunidad de intercambiar experiencias, sentimientos e información con otras personas que están viviendo una experiencia similar.

A pesar de estas ventajas, se ha de considerar que las intervenciones grupales también conllevan una serie de desventajas como la pérdida del anonimato y la vergüenza y/o temor que implica para muchos pacientes el hablar de sí mismos frente a otras personas y las bajas de algunos miembros del grupo ya sea por

cuestiones personales o por el hecho de haber conseguido el embarazo. Esto puede generar algunas reacciones adversas como frustración y desmotivación.

Así mismo, se ha mencionado, la función socializadora e informativa que tienen las asociaciones de pacientes, de cara a resolver dudas, obtener apoyo e información de recursos, ya que es indiscutible la necesidad de estos pacientes de sentirse entendidos por personas que han atravesado o están atravesando por la misma situación. Otra red de apoyo social importante lo constituyen los chats de pacientes, que diariamente se registran miles de entradas de personas para compartir información, experiencias y apoyo emocional.

Existen a la fecha pocos estudios en donde se presenten datos contrastados y con una muestra relativamente grande de los beneficios de los programas de intervención, así como de estudios en donde se contraste la eficacia de los programas de intervención frente a los grupos de apoyo y datos contrastados de intervenciones grupales frente a intervenciones individuales, todo ello, tendría que investigarse más a fondo en el futuro.

En resumen, los distintos tipos de grupos analizados, constituyen importantes instrumentos en las estrategias y en los programas de intervención social, bienestar y calidad de vida del paciente, por lo que es recomendable dar una mayor difusión a los mismos en los Centros de Reproducción Asistida.

BIBLIOGRAFÍA

- Dolz, P & García, A. Incidencia positiva de los programas de apoyo psicológico en los tratamientos de reproducción asistida. Revista Iberoamericana de fertilidad y reproducción humana. Comunicación oral 24º congreso nacional de la SEF. Madrid: SEF
- Domar, A.P., Clapp, D., Slawsby, E.A., Kessel, B. Orav, J. & Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*. 19, 568-575
- Gallar, M. (1998). Promoción de la Salud y apoyo al paciente. Madrid: Paraninfo
- Gil, F., & Acover, C.M. (2003). Introducción a la psicología de los grupos. Madrid: Pirámide.
- Greenbaum, M. (2005). Integrated Reproductive Healthcare: An object relational model for treatment and collaboration. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 66(5-B), 2820
- Guerra, D. (2002). Como afrontar la infertilidad. Barcelona: Planeta

- Guerra, D. Afrontar la esterilidad: Una guía para pacientes. Barcelona: Asociación Genera.
- Llavona, L & Mora, R (2003). Atención psicológica a la parejas infértiles en tratamiento de reproducción asistida. En Ortigosa, J., Quiles M.J & Mendez F.J. (Coors.). Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familias. (pp. 287-304) Pirámide: Madrid.
- Martínez-Taboada, C. & Palacín, M. (1997). Psicología de los grupos. Teoría y Aplicaciones, Madrid: Síntesis.
- McQueeney, D.A., Stanton, A.L., Sigmon, S. (1997). Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *Journal of Behavioral Medicine*. 20(4) 313-331.
- Moreno, C. (2003). Factores psicológicos de la infertilidad. Madrid: Sanz y Torres.
- San Juan Suárez, P. (2000). Infertilidad: Estrategias de afrontamiento y apoyo social. *Revista Informació Psicológica*, 73, 30-36.
- Schmidt, L., Tjornhoj-Thomsen, T., Boivin, J., Nyboe A. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling Special Issue: Social and cultural factors in fertility*. 59(3), Dec 2005, 252-262.
- Staton, A., Lobel, M., Sears & S., Stein, R. (2002) Psychosocial Aspects of Selected Issues in Women's reproductive health: Current Status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(3), 751-770.
- Tarabusi, M., Volpe & A., Facchinetti, F. (2004) Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 25(3-4), 273-279.
- Tuschen-Caffier, B., Florin, B., Irmela J., Krause, L., Walter, P., & Martin, F. (1999). Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 68(1), 15-21

Homoparentalidad y técnicas de Reproducción Asistida

Giuliana Baccino

Universidad de Salamanca

El presente capítulo, se centrará en cómo tratar con parejas homosexuales que acuden a una clínica de reproducción asistida para tener un hijo. Primeramente, se revisaran los momentos históricos previos a la consolidación de estas familias en nuestras sociedades, y a la apertura social en la que se vieron sustentadas, para posteriormente pasar a describir las fases en el trabajo con estas parejas en la consulta de reproducción.

El texto se centrará, específicamente, en mujeres homosexuales que acuden como pareja a una clínica de reproducción y no a parejas de hombres, dado que en la legislación actual española sobre técnicas de reproducción asistida, el útero subrogado no está permitido¹.

BREVE CONTEXTUALIZACIÓN SOCIO-HISTÓRICA

La utilización de técnicas de reproducción asistida por parte de una pareja homosexual, mujeres en este caso, es el producto de varias décadas de intenso activismo social y consecuente apertura de algunas de nuestras sociedades occidentales a que tal hecho pueda producirse y que, finalmente, las mujeres lesbianas puedan acceder a tener un hijo genéticamente relacionado y compartir la crianza y custodia de ese niño con su pareja sin la necesidad de tener que recurrir a un hombre para llevar este proyecto a cabo.

Los movimientos feministas tienen sus comienzos adentrado el siglo XX, pero su mayor expansión surge a finales de la década de 1960 fundamentalmente en los Estados Unidos (Saltzman Chafetz, 1990).

Dichos movimientos reclamaban los derechos de igualdad entre hombres y mujeres, defendían fervientemente el ingreso de la mujer al mundo laboral bajo las mismas condiciones que los hombres. Reclamaban también, el ingreso de la mujer a la universidad donde el saber se encontraba reservado hasta ese momento al hombre, mientras que la mujer tenía restringido su espacio en las tareas del hogar, la crianza de sus hijos y poco más. Esta corriente influenciará fuertemente la crítica familiar producida por los movimientos feministas posteriores, que contribuyó a la redefinición del concepto de familia y de los lugares que ocupan sus integrantes dentro de la misma.

Nos encontramos, pues, con el ingreso de la mujer al mundo laboral, mejor remunerado y disponiendo de un fuerte capital humano dispuesto a explotar, por lo que también se da un ingreso de la mujer a niveles más altos de educación formal, alcanzando la universidad. Lo que antes había sido de total rechazo por las sociedades occidentales del siglo XIX, es a partir del siglo XX cuando la mujer comienza a ocupar empleos de oficina que creaban las nuevas industrias y el estado. La mujer invierte en su formación para competir con el hombre en puestos destinados en un principio a ellos, y comienza a defender lo que considera como sus derechos.

Es así que, desde 1950 hasta 1977, en EEUU, la tasa de nacimientos legítimos descendió aproximadamente un tercio, la tasa de divorcio aumentó más del doble, la tasa de participación laboral de las mujeres casadas se había más que triplicado y el porcentaje de hogares cuya cabeza de familia es una mujer con hijos también pasó a triplicarse (Becker, 1987). Por su parte, en Francia desde finales de la década de 1960

¹ Siendo esta técnica la que podría utilizar la pareja de varones para engendrar un hijo.

² la píldora anticonceptiva surge en la década de 1950, pero su utilización masiva es posterior.

las mujeres pasaron a ocupar un 44,6 % de los puestos laborales (Goody, 2001).

El uso masivo de la píldora anticonceptiva en la década de 1972, fue un punto fundamental y transformador en la vida de la mujer que pudo comenzar a decidir sobre su propio cuerpo, su sexualidad y su descendencia, sin tener que privarse de momentos de placer sexual o teniendo que interrumpir un embarazo para decidir sobre su descendencia.

Las inevitables consecuencias que asociaban el placer sexual al embarazo, con el advenimiento de la píldora pasan a ser evitables, por lo que la asociación placer sexual - embarazo se transforma en una decisión en lugar de una consecuencia. La mujer decide sobre su placer, a la vez que habilita la experiencia sexual fuera de la pareja de matrimonio, es decir, habilita el placer sexual pre-matrimonial. Se rompe esa ligazón placer sexual - matrimonio, pasando a permitirse más libremente el relacionamiento sexual pre-matrimonial. El desencadenamiento de efectos sobre la mujer de la píldora no es solamente biológico, sino que tiene importantes efectos culturales, sociales, psicológicos y económicos afectando, por ejemplo, la toma de decisiones. La píldora anticonceptiva facilita a la mujer la creación de un proyecto de vida personal, más o menos independiente del proyecto del hombre, según el caso.

Este período de transición conlleva una redefinición de los espacios de lo público y lo privado³, y a fuertes cambios a nivel de la ejecución de roles al interior de la pareja. La mujer deja de estar circunscrita al espacio privado del hogar y pasa al ámbito público a detentar cargos laborales mejor remunerados, en tanto que, el hombre comienza a ocuparse también de tareas del hogar, y los niños pasan a ser cuidados por instituciones previstas para esos fines. La gran mayoría de estos cambios no se dan de afuera hacia adentro, sino al inverso, se producen en un comienzo en lo que llamamos esfera privada de los sujetos. Tal como lo expresan Beck y Beck (1995), el antagonismo entre hombre y mujer sobre los roles de género emerge en el corazón mismo de la esfera privada. La

³ Si bien lo público y lo privado están en estrecha relación, cuando nos referimos a la dimensión de lo público, estamos haciendo referencia a algo que puede identificarse, contextualizarse. Mientras que al referirnos a lo supuestamente opuesto, lo privado, nos referimos a una ficción conceptual devenida a partir de lo público, lo cual no podemos identificar claramente y, por tanto, quedaría fuera de nuestro alcance (L. Parker, 2002).

individuación como transformación social ha dado en modificar roles, funciones, expectativas, deseos y proyectos de vida de los sujetos.

Por último, la gran expansión de las telecomunicaciones a partir de 1970, junto con los avances a nivel informático, logró unir informacionalmente distintas áreas geográficas del planeta, lo que permitió tomar conocimiento de lo acontecido en distintos marcos sociales en un mismo momento histórico. Este resulta uno de los elementos fundamentales para el desarrollo de lo que sería la quinta revolución industrial (Pérez, 2003), facilitando, en la línea del interés del presente trabajo, la influencia y realimentación de los movimientos sociales (por ejemplo movimientos feministas, intelectuales, artísticos, políticos, etc.), y la información de lo sucedido en otras sociedades y culturas, fenómenos definitorios para el auge de la diversidad.

Toda esta serie de cambios que comienzan a ser procesados socialmente inician un movimiento de reconfiguración de la familia, de lo que se entendía por ésta y de cómo la misma se manifestaba. El monopolio ejercido por la familia nuclear (padre-madre-hijos) abre paso al florecimiento de diversas formaciones de familia, lo que da en llamarse nuevas formas de familia. Los individuos (familiares) comienzan a agruparse de formas que difieren del modelo nuclear, reclamando su status de familia. En este proceso no sólo se asiste a nuevas modalidades de agrupación familiar, sino, concomitantemente, a una redefinición del concepto de familia, enfatizando el contraste con el modelo nuclear. El modelo de familia nuclear paulatinamente pasa a ser considerado un modelo más de familia, el cual ante la consideración de las nuevas formas de familia adquiere las características de tradicional.

Las diversas formas de familia que comienzan a identificarse a partir de los cambios mencionados anteriormente serían: Familias de cohabitación, familias monoparentales, familias mezcladas, familias cuya cabeza es un abuelo, familias en estado de conmutación, familias sustitutas, familias comunitarias y familias homoparentales⁴

HOMOPARENTALIDAD Y TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La Reproducción Asistida ha contribuido, en cierta medida, a posibilitar el surgimiento de nuevas formas de familia, tal el caso de la homoparental, o me-

⁴ Si bien existen varias clasificaciones, aquí nos referimos a la citada por Hare y Gray (1994).

por aún, ha puesto a disposición de la diversa gama de deseos una vía para concretarlos.

En este sentido, la Medicina Reproductiva marca un hito en la historia de la familia, ya que se constituye como una posibilidad que no existía hasta finales de la década de 1970.

Si bien, tenemos como referencia la existencia de relaciones homosexuales desde la antigua Grecia, la era cristiana ha propiciado en occidente la represión de estas ideas. En tanto que, diversas culturas no occidentales han encontrado un lugar en su organización social para las relaciones entre un mismo sexo, según nos lo informan los hallazgos de estudios interculturales que observaron lo habitual de estos comportamientos en sociedades indígenas de Norteamérica, Sudamérica y Polinesia (Adam, 2002).

El intercambio sexual entre dos personas del mismo sexo ha estado sujeto a fuertes penas en el norte de Europa y en jurisdicciones anglo-americanas (Adam, 2002). La “patologización” de la homosexualidad fue disminuyendo con el paso de los años, y en la década de 1970 los movimientos feministas y los movimientos gay y lésbico presionaron para obtener reformas familiares y para que se quitara la homosexualidad de las leyes criminales.

En el año 1970, en Estados Unidos, la atención pública fue llamada a centrarse en la situación que estaban experimentando aquellas madres lesbianas que comenzaban a reclamar en la corte la custodia de sus hijos, nacidos en el ámbito de una pareja heterosexual previa. Esta época constituyó un fuerte activismo producto de la eclosión de la diversidad en una sociedad que miraba con recelo lo novedoso en el ámbito de la familia.

La decisión de las cortes se inclinó a negarles la custodia a esas madres basando homogéneamente sus argumentos en que no habría de ser saludable para aquellos niños el crecer en una familia lesbiana porque tendrían, entre otras cosas, un desarrollo atípico con respecto a lo esperado para su género, dando como resultado niños menos masculinos y niñas menos femeninas (Golombok y Tasker, 1996), tema que retomaremos más adelante.

Reuniendo los hallazgos de estudios demográficos, Patterson (1992) expone que el número de madres lesbianas que se estimaba en aquel entonces en Estados Unidos era de 1 a 5 millones, mientras que el número de padres gay estaba estimado entre 1 y 3 millones. A su vez, entre 5.000 y 10.000 niños habían ya nacido en el año 1990 dentro de una familia homoparental. La mayoría de los niños nacidos en estas familias, fueron concebidos por inseminación artificial con semen de donante.

En el año 2000 se permitió, por primera vez en Estados Unidos, incluir en el censo las relaciones del mismo sexo. Los resultados arrojaron que 1,2 millones de norteamericanos se declararon miembros de una pareja homosexual (Adam, 2002).

Por último, y en relación a las uniones de hecho homosexuales en España, previo a la aprobación de la ley que habilita el casamiento homosexual en julio de 2005, existían diferencias entre las Comunidades Autónomas en el otorgamiento de derechos. Como ejemplo, nos encontramos con que tanto en Cataluña como en la Comunidad Autónoma de Aragón no se reconocía el derecho a la adopción a la pareja homosexual. Mientras que, en la Comunidad Autónoma de Navarra no se hacía distinción entre los derechos de las parejas homosexuales y heterosexuales, otorgándoles el derecho de adopción a ambas (Souto, 2003).

El objetivo de esta breve introducción ha sido el de condensar en tiempo y espacio el amplio devenir de las familias homoparentales en Europa. Como se aprecia, la homosexualidad ha contado con una fuerte estigmatización, y no lo será menos la conformación de una familia basada en la homoparentalidad. En el ámbito de la intervención psicológica, un más profundo conocimiento de la homosexualidad y homoparentalidad debe trascender el ámbito de la estigmatización, actualizando rigurosamente nuestros conocimientos según el avance de la ciencia e investigación en este campo.

FASES EN EL TRABAJO CON PAREJAS HOMOSEXUALES EN LA CONSULTA DE REPRODUCCIÓN

La importancia de incluir a las parejas homosexuales en el presente libro, está dada por el incremento sustancial en España de estas parejas en la utilización de técnicas de reproducción asistida para formar una familia.

Con el objetivo de organizar la exposición sobre el proceso, y modelar el posicionamiento del técnico, presentaremos el trabajo con estas parejas en tres fases. Si bien, sabemos que en la práctica cotidiana se pueden dar unas fases antes que otras, o superponerse algunos puntos sobre otros. Igualmente, en la generalidad de los casos el proceso tiende a presentarse según lo expondremos.

El proceso de apoyo psicológico (“counseling”) se acompañará al ritmo que imponga el tratamiento médico. Es decir, intentará realizarse en el mismo tiempo en el que se produzcan las diferentes fases de la aplicación de la técnica de reproducción.

Dividiremos el proceso de counseling en las siguientes fases: I) Toma de contacto, II) Desarrollo del tratamiento y III) Cierre del proceso

I) Toma de Contacto

Los primeros encuentros con una pareja decidirán el vínculo que vamos a establecer con ella, la forma en la que vamos a comunicarnos y de qué manera podemos colaborar a que este proceso de búsqueda de tener un hijo transcurra con el mayor sostén y apoyo posibles.

En la fase de toma de contacto, lo que buscará el psicólogo es identificar los pilares sobre los que se construye el proyecto de cada familia, y también sobre los que se fundará el proceso de counseling.

Asimismo, durante esta etapa se abordarán las recomendaciones previas al tratamiento.

Es así, que en esta primera fase se indagará sobre:

1. La toma de decisión
2. El estado en los vínculos con las familias de origen
3. Sostén en redes sociales
4. Recomendaciones previas al tratamiento

1. La toma de decisión

Cuando dos personas del mismo sexo deciden formar una pareja y tener un hijo, el placer sexual no se relaciona directamente con la procreación biológica⁵, por lo que deberán acudir a formas alternativas de tener un hijo genéticamente relacionado. Existen varias modalidades para que una mujer homosexual tenga un hijo. La forma más reiterada a lo largo del tiempo ha sido la de haber tenido un hijo dentro de un matrimonio heterosexual anterior. Ahora bien, si esa mujer ya se encuentra dentro de una pareja homosexual, se le presentarán solo dos vías para tener un hijo: la adopción o la utilización de una técnica de reproducción asistida. En la presente subsección referiremos a este último caso.

El primer punto de interés que nos hace prestar especial atención a estas parejas, es que ellas no recurren a las clínicas de reproducción necesariamente por tener alguna disfunción reproductiva, sino porque han decidido tener un hijo genéticamente relacionado a alguna de las dos partes, y recurren a realizarse en la mayoría de los casos una inseminación artificial. Esto es, las parejas homosexuales (y las mujeres so-

⁵ Si bien, esto también se presenta en casos de parejas heterosexuales que recurren a técnicas de reproducción asistida.

las) son los únicos pacientes de las clínicas de reproducción que no necesariamente tienen problemas reproductivos y por ello es de consenso concebir a su situación reproductiva como de esterilidad social. Este es un primer punto crucial, pues presenta una diferencia del resto de los usuarios, a ser tomada en cuenta por el técnico al momento de la consulta: las consultantes no necesariamente son infértiles, por tanto, tal conflictiva no siempre se presenta.

Un segundo punto muy importante a tener presente en esta etapa de la consulta, es que las parejas homosexuales pasan por un proceso muy complejo de toma de decisión al momento de ser padres/madres. El sistema social en el que están inmersos hace que su decisión sea tomada con mucha cautela, seguridad y estabilidad en la relación (Touroni y Coyle, 2002). Desean que su vínculo de amor tenga frutos, dar continuidad a su sangre, formar una familia.

Otro elemento especialmente importante con el que deberá tomar contacto el psicólogo es el de cómo se ha decidido dentro de la pareja homosexual cuál va a ser la madre biológica y cuál la co-madre. Las razones que han llevado a tal decisión nos hablarán de los roles que se ejercen dentro de esa pareja y, las expectativas y temores del ejercicio de cada uno de ellos. Recordemos que, por ejemplo, la figura de co-madre implica un rol muy inaugural en nuestras sociedades.

Conocer, como psicólogos, el desarrollo de este proceso de toma de decisión y los conflictos que surgieron a partir de él, resulta fundamental al momento de brindar apoyo, asesoramiento y sostén a estas parejas.

2. El estado en los vínculos con las familias de origen

Lo que muchas veces puede diferenciar a unas parejas de otras, es el apoyo de las familias de origen, y las redes sociales con las que cuentan. Por lo general, en una pareja heterosexual, lo que se espera de ésta es que tenga descendencia, que perpetúe la sangre, que aporte más integrantes a las familias de origen. Con las parejas homosexuales no sucede lo mismo.

En España, concretamente, gran parte de estas parejas tienen dificultades al momento de comunicar a sus familias la decisión de tener un hijo (Baccino, 2005b). Recordemos, que todo les ha sido más difícil: comunicar su elección sexual, informar que conviven en pareja con otra mujer y, por último, anunciar la decisión de tener un hijo, transmitirle sus valores, su forma de ver el mundo y en última instancia, darle a conocer un nuevo tipo de familia en la que se puede crecer.

Indagar sobre el estado de los vínculos con sus familias de origen y cómo afectan en la nueva familia que están conformando, resulta muy importante al momento de trabajar conflictos que puedan surgir dentro de la pareja, cómo afectan la toma de decisiones y búsqueda de apoyo en nuevos vínculos.

3. Apoyo en las redes sociales

Este punto está muy vinculado al anterior, ya que si bien, la relación con las familias de origen no suele ser muy fluida ni de un gran apoyo en todos los casos, las familias homoparentales sí cuentan con amplias redes sociales para la crianza de sus hijos (Golombok, 1999; González y Sánchez, 2003).

Por tanto, fortalecer la relación con las redes sociales, promover instancias de encuentro entre familias homoparentales y parejas que estén pasando por esta etapa de búsqueda de un hijo, promover instancias de información sobre lo que sucede con estas familias en otras partes de mundo llevará a fomentar sentimientos de seguridad y afianzamiento en las tomas de decisiones venideras.

4. Recomendaciones previas al tratamiento médico

Al igual que en el caso de las parejas heterosexuales, resulta muy significativo desarrollar el posicionamiento de vivenciar el tratamiento como un aspecto más de la vida cotidiana y no crear altos grados de expectativas en relación a las probabilidades de éxito.

En concreto, el niño, en la mayoría de los casos, estará genética y biológicamente relacionado únicamente con una de las integrantes de la pareja, por lo que el involucramiento de su pareja en relación a todos los pasos del tratamiento y el apoyo que debe brindarle es fundamental para poder vivenciar esta experiencia como una experiencia de pareja.

A su vez, en relación al número de personas a las que se les comunica del tratamiento, debería ser pequeño, dado que si el resultado es negativo será menos doloroso referirlo si el número de personas que lo saben es reducido. Recordemos que si bien, generalmente, no se trata de un tratamiento de reproducción asistida por una disfunción orgánica, el porcentaje de éxito de la técnica no varía sustancialmente.

II) Desarrollo del tratamiento

Una vez culminada la toma de contacto inicial, pasamos a una fase que acompañará a la mayor parte del tratamiento médico. Los objetivos de esta fase los podemos agrupar en: información, asesoramiento y evaluación.

Estos tres objetivos se suman en un proceso en sí mismo. La situación vivenciada por la pareja, la lleva a demandar información por parte del psicólogo, lo que nos conduce a generar las condiciones de asesoramiento sobre puntos específicos, derivando en la evaluación, por parte de los tres, sobre aspectos relacionados al proyecto de tener un hijo. Como se aprecia, en este contexto damos a la evaluación un carácter interactivo y de participación, diferente al de otras instancias evaluativas en distintos contextos de la consulta psicológica. Esto es, la información y asesoramiento surgen del psicólogo a partir de las demandas específicas de la situación y sus integrantes, en tanto, la evaluación se genera conjuntamente entre el psicólogo y la pareja.

El asesoramiento y evaluación a parejas homosexuales que recurren a la consulta, tiene la misma importancia que a las parejas heterosexuales o a las mujeres solas que recurren a una clínica de reproducción (Baetens, 2001). El hecho de tener un hijo produce cambios importantes en una pareja como tal, y en cada uno de sus integrantes. Por qué desean tener un hijo, qué lugar ocupa este deseo en sus vidas y en su proyecto como pareja, son éstos cuestionamientos que deben estar presentes en todo encuentro con una pareja que recurre a una clínica, sin perjuicio de la orientación sexual de sus integrantes. Por su parte, para la obtención de un buen resultado, es fundamental que el psicólogo tenga presente, y haya reflexionado, sobre un aspecto importante en el trabajo con una pareja homosexual en la consulta: *¿existe algún tipo de familia más indicado que otro para un niño?* El tópico que subyace es el de la parentalidad, de la tensión entre quién debe ser padre y quién puede ser padre para nuestras sociedades actuales (Baccino, 2005b), y esto subyace también en el posicionamiento que tome el psicólogo al momento de trabajar con estas parejas. No debemos olvidar que no estamos libres de prejuicios, ni de posicionamientos éticos y morales, que se traslucirán de una u otra forma en cada consulta.

Existen ciertos contenidos específicos sobre los que es beneficioso trabajar con la pareja en esta fase del tratamiento, amén de otros que surjan en cada situación. En la mayoría de los casos, dichos puntos surgirán espontáneamente en forma de demanda de información o como temores presentes en el proyecto. En aquellos casos en los que no afloran, resulta necesario explorarlos, no soslayando la importancia del aporte que pueda realizar su trabajo y evaluación al proyecto de tener un hijo. Los mismos son:

1. Motivación para tener un hijo
2. Miedos en relación a la crianza del niño: roles de

género y dudas con respecto a la futura orientación sexual del niño

3. Otras problemáticas que surgen en consulta

1. Motivación para tener un hijo

La importancia de profundizar en la motivación, tanto en parejas heterosexuales como homosexuales, está dada por el hecho de que el deseo y la motivación para tener un hijo son características esenciales que afectan tanto la parentalidad, como la ulterior relación padre-hijo (Bos, van Balen y van den Boom, 2003).

Recientemente, se ha hallado que las motivaciones y deseos que llevan a una pareja lesbiana a tener un hijo, son muy similares a los deseos y motivaciones de una pareja heterosexual, pero con algunos puntos que las diferencian (Bos et al., 2003). Seis puntos fueron indagados en 100 familias de madres lesbianas que utilizaron IA, comparadas con 100 familias heterosexuales que tuvieron sus hijos con embarazos espontáneos. Los puntos son: 1. **Felicidad** (relacionada con el afecto y la felicidad que les genera la relación con su hijo); 2. **Maternidad/Paternidad** (relacionadas con la sensación de completud de ser madre/padre); 3. **Bienestar** (relacionado con el bienestar en la relación familiar al tener un hijo); 4. **Identidad** (refiere al deseo de tener un niño como un medio para alcanzar la vida adulta y roles de género asociados); 5. **Continuidad** (como forma de perdurar en el tiempo a través de otro); 6. **Control social** (como expresión de la presión social implícita o explícita a procrear). Los hallazgos del estudio revelan que algunos motivos resultaron más importantes para las madres lesbianas (felicidad, maternidad, continuidad) y otros menos importantes (identidad) que para el grupo control. A su vez, las madres lesbianas reflejaron por un lado, haber reflexionado durante más tiempo el hecho de tener un hijo y por otro un deseo más fuerte de ser madres.

Por tanto, identificar las motivaciones para ser madres será de utilidad en dos direcciones fundamentales. Por un lado, las motivaciones para tener un hijo estarán relacionadas a las expectativas que se tengan respecto a la maternidad.

Y por otro lado, los niveles de motivación estarán en relación a la tolerancia a la frustración de los posibles fracasos de las técnicas, en muchos casos reiterados. Estos es, niveles muy altos de motivación supondrían una mayor fuente de disposición para enfrentar las frustraciones del tratamiento, aunque por otro lado, nos alertarán sobre posibles cuadros depresivos ante la frustración de las expectativas. Respecto a es-

to último, se ha estudiado que las expectativas sociales para la maternidad son tan elevadas que cuando una mujer no puede tener un hijo, los estados depresivos que alcanza son comparables a aquellos desarrollados en mujeres diagnosticadas con cáncer (Mc Mahon, 1997).

2. Miedos en relación a la crianza del niño: roles de género y dudas con respecto a la futura orientación sexual del niño

Los miedos en relación a la crianza del niño, son de los puntos más recurrentes en parejas homosexuales al momento de proyectar la crianza de un hijo. Aquí, resulta importante la actualización sobre investigaciones e información respecto a la temática por parte del psicólogo. Por ello, en este apartado haremos más hincapié sobre una base informativa basada en investigaciones, de cara a un ejercicio técnico fundamentado en la evidencia.

El ejercicio de los roles parentales dentro de una familia homoparental no se encuentra diferenciado por el sexo de cada uno de los padres, ni por lo tradicionalmente estipulado como madre nutricia o padre protector, por el simple hecho de que son dos madres o dos padres. A este respecto, consideramos que los roles de género son simplemente una construcción heterosexual para diferenciar las funciones estipuladas socialmente para cada sexo (Baccino, 2005a).

Se entiende la diferencia entre rol de género como actitudes y comportamientos que se esperan para un hombre y una mujer en una cultura determinada, dentro de los cuales entraría la categoría de roles parentales, identidad de género como concepto que cada uno tiene de sí mismo como hombre y como mujer, y orientación sexual como atracción sexual hacia una persona del mismo sexo o de otro.

Las primeras investigaciones sobre madres lesbianas fueron realizadas en aquellas madres que habían tenido a sus hijos dentro de una pareja heterosexual, antes de adoptar una identidad lesbiana. El primer estudio sobre la vida familiar de madres lesbianas fue publicado por Martin y Lyon en 1972 (Patterson, 1992). Estudios posteriores se han centrado en aquellos niños criados en familias de madre lesbiana desde su nacimiento. Actualmente, el número de mujeres lesbianas que deciden tener un hijo dentro de una pareja homosexual o solas, está en aumento (Golombok, 2003). Cuando de pareja homosexual se trata, los roles se comparten llamándose comadres (co-mothers). Estos estudios, son de especial interés para el presente capítulo, dado que los niños nacidos a partir de inseminación artificial, son cria-

dos sin un padre desde su nacimiento y la función paterna es ejercida por otros.

En relación a la identidad de género de hijos de madres lesbianas, Kirkpatrick, Smith y Roy (1981) compararon el desarrollo de 20 niños (o hijos) de madres lesbianas entre 5 y 12 años, con 20 niños (o hijos) entre 5 y 12 años de madres solas heterosexuales. Sus resultados arrojan que no se obtuvo evidencia significativa que denotara dificultades especiales en relación a la identidad de género de niños de madres lesbianas. A su vez, Golombok (1997), comparó 37 hijos de madres lesbianas de entre 5 y 17 años, con 38 hijos de madres solas heterosexuales de la misma edad. Todos los niños en el estudio reportaron estar conformes con el sexo al que pertenecían y que no deseaban ser miembros del sexo opuesto.

Por su parte, en los mismos estudios los autores exploraron la conducta de los niños en relación al rol de género. El estudio de Kirkpatrick et al. (1981) reportó que los niños de ambos tipos de familias tenían las mismas preferencias en relación a juguetes, actividades, intereses o elecciones ocupacionales acordes con su sexo. En el estudio de Golombok (1997), las conductas en relación al rol de género fueron exploradas en entrevistas con los niños y con sus madres. Tanto las madres como los niños estuvieron de acuerdo en que los intereses de los niños así como las actividades que elegían desarrollar variaban sustancialmente dependiendo del sexo de cada niño. Los resultados revelaron que los niños tanto de madres lesbianas como de madres heterosexuales no poseían diferencias con los niños de la población en general en relación a la elección de actividades de acuerdo a su sexo.

Por su parte, una investigación realizada por Brewaeys et al. (1997) en Bélgica, se centró en el estudio comparativo de 30 familias de madres lesbianas (inseminadas artificialmente) en comparación con 68 familias de pareja heterosexual, extrayendo como conclusión que no se encontraban diferencias significativas en relación al desarrollo de género entre los hijos (en edad escolar) de ambos tipos de familia. Otro hallazgo de la investigación revela que no aparecía como imprescindible la presencia de un padre (hombre) para el desarrollo de una orientación sexual tanto para niños como niñas. A este respecto se observó que la identidad sexual de las madres lesbianas, tampoco tenía un efecto directo en la construcción de los roles de género tanto para niños como para niñas. A esto, se suma que muchos niños hijos de madres lesbianas y que, por tanto, no tenían una presencia masculina en su casa, igualmente desarrollaban fuertes lazos de amistad con ciertos hombres amigos de

su madre. Pero el hallazgo más significativo de esta investigación, se centra en que la co-maternidad ejercida por la compañera de la madre biológica de estos niños hijos de madres lesbianas, demostró tener mayor presencia activa en relación al cuidado de estos niños, que los padres (hombres) de las parejas heterosexuales en relación a sus hijos.

Veremos, a continuación, algunas investigaciones centradas en el desarrollo emocional de los niños de familias homoparentales.

Golombok y Tasker (1996), realizaron un estudio longitudinal sobre la orientación sexual en adultos que desde niños habían sido criados en una familia de madres lesbianas. De esta forma, 25 hijos de madres lesbianas y 21 hijos de familias monoparentales (mujeres) heterosexuales⁶, fueron vistos en primera instancia cuando tenían una edad promedio de 9,5 años. Ya en una segunda instancia volvieron a verlos cuando tenían una edad promedio de 23,5 años. Uno de los hallazgos principales revela que no existen diferencias significativas en términos de orientación sexual, entre aquellos criados en familias lesbianas y sus pares criados en familias de madres solas. En términos de experiencias sexuales con personas del mismo sexo, las autoras reportan cierta diferencia entre los hijos de una u otra familia. Mientras los hijos de familia heterosexual manifestaban no haber tenido experiencias homosexuales, en contraste, 6 hijos de familia lesbiana mencionaban haber estado involucrados alguna vez en relaciones sexuales con parejas del mismo sexo. Pero las investigadoras hacen la siguiente precisión a este respecto: encontraron que los hijos de familia lesbiana tenían una mayor apertura al momento de expresar ideas y experiencias sobre la homosexualidad, mientras que los hijos de familia heterosexual se mostraban reacios.

En suma, las autoras rebaten la asunción de que hijos de madres lesbianas serán en su adultez lesbianas o gays; la mayoría de los niños que creció en el ámbito de una familia lesbiana se definen en su adultez como heterosexuales.

A su vez, Golombok et al. (2003) realizaron un estudio con 37 familias de madres lesbianas, 74 familias de pareja heterosexual y 60 familias monoparentales (encabezadas por una mujer) en el Reino Unido. El objetivo del estudio fue comparar la calidad de las

⁶ Las autoras expresan que el estudio se ha centrado en la comparación entre parejas de madres lesbianas y madres solas heterosexuales, debido a que era de su interés el explorar si la orientación sexual de la madre influenciaba el rol materno, y en qué medida.

relaciones padre-hijo, y el desarrollo socio emocional y de género de los niños. Los resultados no arrojaron diferencias significativas en relación a las madres lesbianas y las heterosexuales en cuanto al relacionamiento con sus hijos, aunque las madres lesbianas reportaron castigar menos a sus hijos e involucrarse más en juegos imaginativos. En relación a los niños, no se encontraron diferencias significativas en desordenes psiquiátricos según evaluó una psicóloga de niños que trabajó con estos chicos sin saber cuáles eran de madres lesbianas y cuáles de madres heterosexuales.

Por su parte, no se encontraron diferencias significativas en relación a problemas de los niños con sus congéneres, dato que fue corroborado con las madres y con los niños por separado. En relación al desarrollo de género, no se encontraron diferencias significativas en las conductas de género de los niños de madres lesbianas en comparación con los niños de las parejas heterosexuales. A su vez, las co-madres de las familias homoparentales resultaron igual de cariñosas e igual de involucradas en juegos con los niños que los padres de las familias heterosexuales.

3. Otras problemáticas que surgen en consulta.

Podemos encontrarnos, a su vez, con dudas y problemáticas puntuales que surgen con asiduidad, tales como que es posible que la integrante de la pareja que quiere realizarse el tratamiento no pueda hacerlo por ciertas disfunciones orgánicas de las que no tenía noción. Aquí, se debe plantear en la pareja la opción de que el tratamiento se lo haga la otra integrante y trabajar cómo se procesa esta decisión al interno de la pareja.

En otro orden, existen las dificultades en relación a los cambios de humor que puede sufrir la mujer que esté realizándose el tratamiento, cosa que debemos prevenir en la pareja.

Por su parte, debemos conocer en detalle las fases del tratamiento médico al que se verán sometidas, dado que con frecuencia seremos una vía de evacuación de dudas en referencia al tratamiento mismo.

III. Cierre del proceso.

El cierre del proceso coincidirá con el final del tratamiento médico. Es decir, con la etapa de espera de los resultados. Este cierre no necesariamente es definitivo, ya que de haberse producido un fracaso en la técnica, las puertas deben estar abiertas para continuar con la consulta y trabajar nuevos puntos como podrían ser el duelo por el fracaso de la técnica, la decisión de comenzar otro tratamiento, etc.

En este punto del proceso, debemos fortalecer lo que se ha presentado como más positivo para la pareja, intentando afirmar la imagen de seguridad que les puede brindar el tener una red social con la que contar, sea familiar o de amistad, el vínculo de amor que une a la pareja, y todos aquellos puntos que se hayan resaltado como positivos en la consulta.

Debemos intentar reforzar aquellos aspectos de la vida cotidiana en relación a dos madres con un niño. Cómo le contamos al niño que tiene dos mamás, cuándo decir en el colegio y, cómo abordar la situación con las familias de origen si éstas no aceptan una relación homosexual para sus hijas, y los aspectos que hayan surgido como preocupantes para la pareja en relación al entorno.

Las puertas siempre quedarán abiertas para futuras consultas, pero es necesario hacer coincidir dentro de lo posible, la finalización de ambos tratamientos (el médico y el psicológico), recordando que somos psicólogos dentro de una clínica de reproducción y que, por tanto, debemos trabajar como unidad.

CONCLUSIONES

Tras haber repasado los puntos fundamentales a trabajar con una pareja homosexual en consulta, debemos hacer especial hincapié en algunos temas:

- El proceso por el que atravesaremos con la pareja no será lineal. Esto es, las fases que hemos detallado no necesariamente surgirán una después de la otra, sino que dependiendo de cada caso y de las demandas que aparezcan, iremos trabajándolas poco a poco, procurando cubrirlas en su totalidad.

- Por su parte, recordemos que refiriendo a aspectos éticos, la escala valorativa personal del técnico estará siempre presente, y por tanto, debe haber reflexionado sobre la temática que nos ocupa: la homoparentalidad.

Es así, que esta reflexión debe nutrirse, no solo de la escala valorativa personal, sino de una constante actualización sobre investigaciones y avances científicos realizados en el campo.

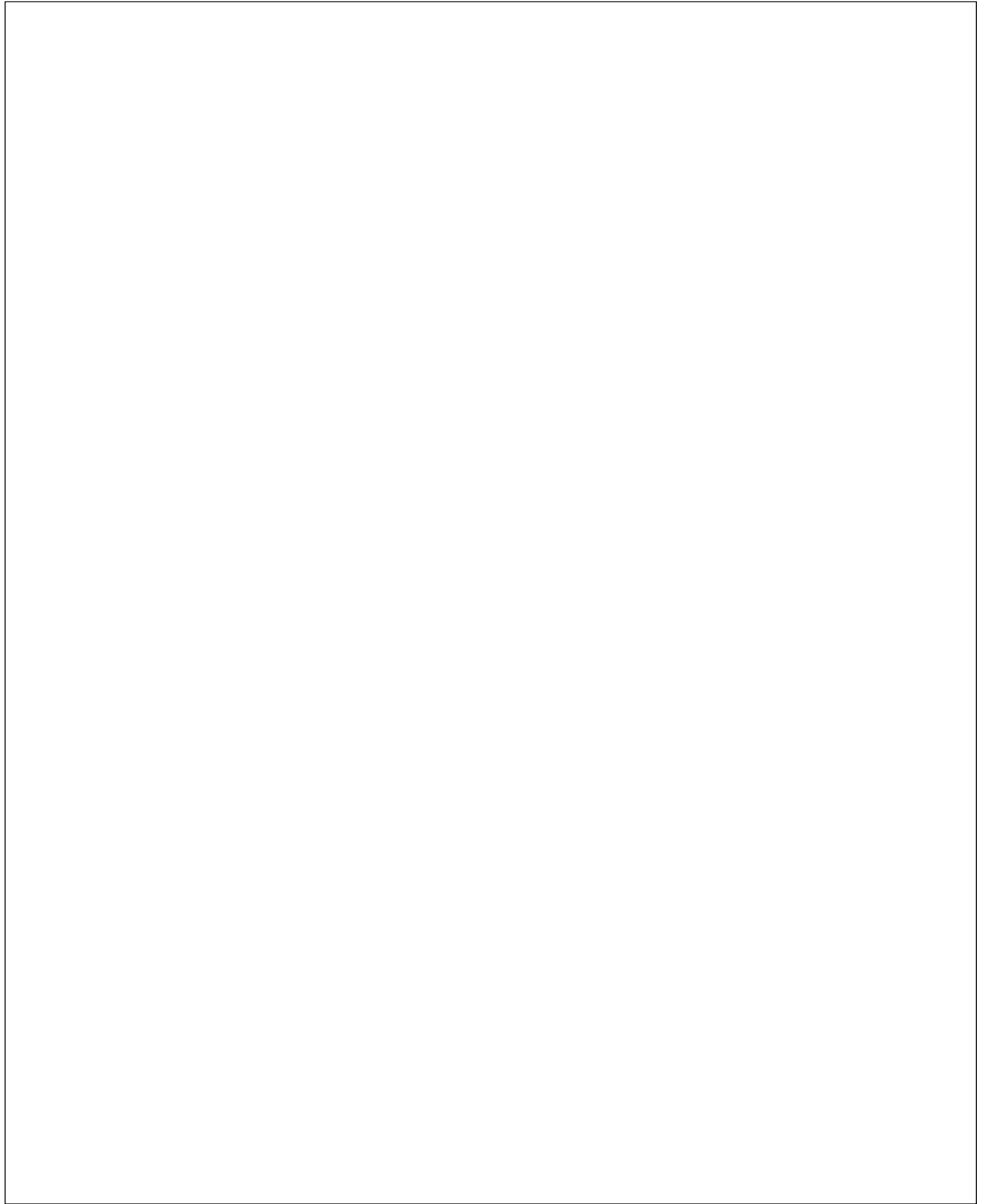
Recordemos que, nuestra función es brindar apoyo a la pareja, siempre respetando la decisión que han tomado.

- Por último, es importante recordar la forma en la que estamos trabajando en la clínica de reproducción. El trabajo del psicólogo es básicamente de asesoramiento y apoyo a las parejas y, por tanto, hacer corresponder, dentro de las posibilidades, las fases del asesoramiento con los momentos del tratamiento mé-

dico resulta muy enriquecedor no solo con fines terapéuticos, sino también con el fin de trabajar como unidad el equipo médico y el psicólogo.

BIBLIOGRAFÍA

- Adam, B. (2002). Families without heterosexuality. Challenges of Same-sex partner recognition. Comunicación presentada al Congreso de Friends and Non-conventional partnerships, University of Windsor, Canada.
- Baccino, G. (2005a). El aporte de las técnicas de reproducción asistida: Nuevas formas de familia. Relaciones, 254.
- Baccino, G. (2005b). Familias no tradicionales y técnicas de reproducción asistida. Disertación del Diploma de Estudios Avanzados sin publicar. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Beck, U. y Beck, E. (1995). The normal chaos of love. Cambridge: Polity Press.
- Becker, G. (1987). Tratado sobre la familia. Madrid: Alianza.
- Baetens, P., y Brewaeys, A. (2001). Lesbian couples requesting donor insemination: an update of the knowledge with regard to lesbian mother families. Human Reproduction Update, 7 (5), 512-519.
- Bos, H., van Balen, F., y van den Boom, D. (2003). Planned lesbian families: their desire and motivation to have children. Human Reproduction, 18 (10), 2216-2224
- Brewaeys, A., Ponjaret, I., Van Hall, E.V., y Golombok, S. (1997). Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mother families. Human Reproduction, 12 (6), 1349-1359.
- Golombok, S., y Tasker F. (1996). Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbian families. Developmental Psychology, 32, 3-11.
- Golombok, S. (1997). Children Raised in Fatherless Families from infancy: Family Relationships and the Socioemotional Development of Children of Lesbian and Single Heterosexual Mothers. Journal Child Psychology and Psychiatry, 38, 783-791.
- Golombok, S. (1999). Lesbian Mother Families. En A. Bainhan, S. Day Sclater y M. Richards (Eds.), What is a Parent? A socio-legal analysis. Oxford: Hart Publishing.
- Golombok, S., Perry, B., Burston, A., Murray, C., Mooney-Somers, J., y Stevens, M. (2003) Children with Lesbian Parents: A community study. Developmental Psychology, 39, 20-33.
- González, M. M., y Sánchez, M. A. (2003). Las familias homoparentales y sus redes de apoyo social. Portularia, 3, 207-220.
- Goody, J. (2001). La Familia Europea. Barcelona: Editorial Crítica.
- Hare, J., y Gray, L. (1994) Non-traditional families: a guide for parents. Frankfurt: CES Diversity and Pluralism Database, National Center for Diversity.
- Kirkpatrick, M., Smith C., y Roy, P. (1981). Lesbian mothers and their children: a comparative survey. American Journal of Orthopsychology, 51, 545-551
- Mc Mahon, C. (1997). Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in vitro fertilization conception. Human Reproduction, 12, (1)
- Parker, L. (2002). Information (al) Matters: Bioethics and the Boundaries of the Public and the Private. En P. Frankel, F. Miller, y J. Paul (Eds.), Bioethics. Cambridge University Press.
- Patterson, C. (1992). Children of lesbian and gay parents. Child Development, 63, 1025-1042.
- Pérez, C. (2003). Rethinking Globalization after the Collapse of the Financial Bubble: An essay on the challenges of the Third Millennium. Comunicación presentada en First Globelics Conference, Río de Janeiro.
- Saltzman Chafetz, J. (1990). Gender Equity, An Integrated Theory of Stability and Chance. New York: Sage Publications.
- Souto, E. (2003). Uniones de Hecho. Madrid: Belacqua.
- Touroni, E., y Coyle, A. (2002). Decision-making in planned lesbian parenting: an interpretative phenomenological analysis. Journal of Community and Applied Social Psychology, 12, 194-209



Mujeres solas que acuden a técnicas de Reproducción Asistida

M^a Ángeles Gil

Zaragoza

I. INTRODUCCIÓN

La Inseminación Artificial con semen de donante (IAD) es una técnica ampliamente utilizada en los centros de reproducción asistida desde hace ya varias décadas. Dicha técnica está indicada en aquellos casos donde existe un factor de esterilidad irreversible. Sin embargo, últimamente la IAD viene siendo solicitada por otro tipo de población, mujeres que sin tener a priori un factor de esterilidad física la solicitan por falta de una pareja masculina con la cual concebir.

En nuestra sociedad la aplicación de esta técnica a mujeres que no tienen pareja masculina ha suscitado bastante controversia tanto en la población como en el mismo ámbito médico. Son bastantes los países y centros de reproducción que no la contemplan por considerar que no está justificada ética y/o médicamente. Algunos centros de Reproducción Asistida y algunos gobiernos no aceptan la aplicación de la IAD a este grupo de pacientes porque consideran que no hay un problema de esterilidad que justifique este tratamiento. También existen argumentos en contra de esta técnica por parte de algunos autores porque creen que esta nueva estructura familiar puede perjudicar al niño por la falta de la figura paterna en su desarrollo psico-sexual, o bien en su desarrollo cognitivo y social, por la disminución del tiempo de interacción del niño con la madre, por el estigma social que pudiera suponer para el niño y porque estas madres tendrán que mantenerlos solas económicamente (Srong y Schinfeld, 1984)

En un reciente estudio, Murray y Golombok (2005b) observan que hasta la edad de dos años los niños nacidos de mujeres solas que se someten a una IAD no presentan diferencias en el desarrollo social-

emocional y cognitivo respecto a los niños de igual edad nacidos en parejas heterosexuales sometidas a una IAD.

En nuestro país, la Ley 35/1988 sobre la aplicación de las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) ya recogía esta posibilidad de maternidad y consideraba: *“desde el respeto a los derechos de la mujer a fundar su propia familia en los términos que establecen los acuerdos y pactos internacionales garantes de la igualdad de la mujer, la Ley debe eliminar cualquier límite que socave su voluntad de procrear y constituir la forma de familia que considere libre y responsablemente”* (exposición de motivos de la Ley 35/1988, de 22 de noviembre). En cuanto a los requisitos de las mujeres susceptibles a ser tratadas, la ley contemplaba que las técnicas de Reproducción Asistida se realizarían *“en mujeres mayores de edad y en buen estado de salud psicofísica, si las han solicitado y aceptado libre y conscientemente, y han sido previa y debidamente informadas sobre ellas”*. Si éstas estuvieran casadas se precisaría el consentimiento del marido a menos que estuvieran separados por sentencia firme de divorcio o separación, o por mutuo acuerdo que conste fehacientemente (artículo 2 de la Ley 35/1988).

Siguiendo estas indicaciones, algunos centros de reproducción asistida que ofrecen esta posibilidad de tratamiento contemplan como requisito indispensable la evaluación psicológica en su programa de Técnicas de Reproducción Asistida con semen de Donante (TRA-D) para mujeres sin pareja o sin pareja masculina (homosexuales) así como el consejo psicológico (“counselling”), en su propósito de ofrecer un servicio integral a las solicitantes y evitar posibles complicaciones de cara al óptimo bienestar tanto del futuro hijo como de la propia madre.

En mayo del 2006 se aprueba la Ley 14/2006 so-

bre la aplicación de las Técnicas de Reproducción Humana Asistida. La vigente ley, al igual que la anterior, también reconoce la gestación en la mujer sola como una posible aplicación de las técnicas de reproducción Asistida y considera que *“Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa.”* Reconociendo la Ley en el siguiente párrafo el tema que nos ocupa: *“La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual.”* (Artículo 6 de la Ley 14/2006)

“Si la mujer estuviera casada, se precisará, además, el consentimiento de su marido, a menos que estuvieran separados legalmente o de hecho y así conste de manera fehaciente. El consentimiento del cónyuge, prestado antes de la utilización de las técnicas, deberá reunir idénticos requisitos de expresión libre, consciente y formal.”

En la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, la elección del donante de semen sólo podrá realizarse por el equipo médico que aplica la técnica, que deberá preservar las condiciones de anonimato de la donación. En ningún caso podrá seleccionarse personalmente el donante a petición de la receptora. En todo caso, el equipo médico correspondiente deberá garantizar la mayor similitud fenotípica e inmunológica posible de las muestras disponibles con la mujer receptora.” (Artículo 6 de la Ley 14/2006)

A pesar de que no se hace explícita la necesidad de un saludable estado psicofísico por parte de las usuarias, como lo hacía la anterior legislación, sí se enuncia la evitación de riesgos tanto físicos como psicológicos en las mujeres y en los hijos: *“Las técnicas de reproducción asistida se realizarán solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito, no supongan riesgo grave para la salud, física o psíquica, de la mujer o la posible descendencia y previa aceptación libre y consciente de su aplicación por parte de la mujer, que deberá haber sido anterior y debidamente informada de sus posibilidades de éxito, así como de sus riesgos y de las condiciones de dicha aplicación.”* (Artículo 3, Ley 14/2006)

Muchos autores coinciden en la necesidad de una evaluación física, social y psicológica de las solicitantes de IAD con el objetivo de garantizar el máximo bienestar al futuro hijo y conseguir una sana estructura familiar (Strong y Schinfeld, 1984; Englert, 1994; Jacob y cols., 1999; Baetens y cols., 1995; Boivin y Kentenich, 2002)

La mayoría de estudios existentes a nivel interna-

cional sobre mujeres sin pareja masculina que solicitan una IAD se basan en descripciones demográficas, asuntos éticos, cuestiones relacionadas con el anonimato del donante o motivaciones que les llevan a elegir esta alternativa de maternidad. Son pocos los estudios que abordan aspectos psicopatológicos de las participantes y éstos no obtienen en sus muestras más psicopatología a la esperada en población general (Klock y cols., 1996; Guerra, D., Tur, R., y Barri, P.N., 1998; Jacob y cols., 1999;) o comparándolo con mujeres casadas que realizaron una IAD (Murray y Golombok, 2005a, 2005b)

Un grupo del Instituto Dexeus lleva ya unos años estudiando estos aspectos en población española y los resultados obtenidos muestran en su mayoría unos perfiles psicopatológicos dentro de la normalidad (Gil, M.A, Guerra, D., Tur, R., Barri P, 2003).

Tras este trabajo, coincidieron con otros autores en que no hay motivos empíricos que desaconsejen la práctica de IAD en mujeres sin pareja. Recomiendan que se les haga una entrevista psicológica previo inicio del proceso de tratamiento, que incluya una evaluación psicológica de la solicitante y donde se inicie también la labor de apoyo psicológico o “counseling”, ya que son muchas las dudas que estas mujeres tienen acerca de cómo enfrentarse a esta alternativa de maternidad, que aunque cada vez es más comentada y demandada, sigue siendo inusual en nuestra sociedad.

El concebir sin una pareja también puede darse en el caso de los varones, que deberán recurrir a la subrogación o “úteros de alquiler”. Como en nuestro país dicha alternativa no está permitida por la Ley, no se tratará el tema en este capítulo, pero hay que recordar que también las técnicas de reproducción asistida permiten crear familias monoparentales en el caso de los varones y que hay países donde sí se lleva a cabo.

En lo relacionado con la aceptación de mujeres sin pareja masculina para una IAD, en ocasiones encontramos que tanto la literatura como los propios protocolos de los centros de reproducción asistida abordan conjuntamente las dos alternativas posibles por tratarse del mismo procedimiento médico. Sin embargo no debemos olvidar que entre estos dos conjuntos de mujeres existe una diferencia fundamental y es el hecho de afrontar la maternidad en solitario o hacerlo conjuntamente con otra persona del mismo sexo. Por ese motivo, el Grupo de Interés de Psicología ha decidido tratarlas por separado en la elaboración de este capítulo. A continuación tratamos los aspectos relacionados con las mujeres que desean someterse a una IAD en solitario, sin la participación de una pareja.

II. MOTIVACIONES

La motivación fundamental por la que las mujeres van a solicitar una IAD es el fuerte deseo de tener un hijo cuando sus posibilidades biológicas en muchos casos no les permiten demorar la maternidad hasta encontrar una pareja con la que llevar a cabo tal proyecto. Un alto porcentaje de ellas hubieran preferido tener un hijo dentro de una relación de pareja y por ello la media de edad está alrededor de 38 años, siendo ésta una media que incluía al grupo de homosexuales, las cuales suelen ser más jóvenes cuando solicitan este tratamiento (Gil, M.A, Guerra, D., Tur, R., Barri P., 2003). Así pues, es la avanzada edad el motivo que en su mayoría les hace decidirse a tal opción.

Años atrás, antes de que existiera la posibilidad de realizar una IAD en un servicio de reproducción, las mujeres sin pareja que deseaban concebir un hijo sin un cónyuge o bien buscaban la cooperación de un conocido o tenían relaciones sexuales sin protección con una pareja esporádica. En la actualidad y con la ayuda de las técnicas de reproducción asistida la tendencia ha cambiado hacia la utilización de TRA.

La mayoría de mujeres sin pareja encuentran moralmente inaceptable el tener un hijo a través de mantener relaciones sexuales con un hombre sin el consentimiento de éste y por eso prefieren utilizar la IAD (Wendland y cols., 1996; Gil y cols., 2003; Murray y Golombok, 2005a). Otro razonamiento que suelen referir es el de evitar la transmisión de enfermedades a sí mismas y al futuro hijo, valorando la seguridad de una IAD.

También existen mujeres que solicitan una IAD porque prefieren que su futuro hijo no tenga ningún vínculo biológico con un posible padre conocido que no desempeñaría el rol de padre.

III. ¿POR QUÉ EVALUAR A LAS MUJERES SOLAS?

Cuando hablamos de mujeres solas o sin pareja masculina que optan por una IAD para concebir un hijo, nos estamos refiriendo a un tratamiento médico aplicado a una esterilidad no tanto física sino social. De aquí surge la controversia y el debate de muchos centros y gobiernos acerca de la no pertinencia de la aplicación de la técnica.

Como se comenta anteriormente, en nuestro país la ley lo permite, coincidiendo la mayoría de autores en la necesidad de una evaluación psicológica previa al tratamiento de las mujeres que lo solicitan para ga-

rantizar desde los centros el bienestar de la madre y del futuro hijo.

Hasta la fecha no existen estudios empíricos que desaconsejen la pertinencia del uso de IAD en mujeres sin pareja por motivos tales como psicopatología o desarrollo psico-sexual y cognitivo de los futuros hijos

Sin embargo, según los estudios existe una proporción de mujeres sin pareja a las que se les rechaza su solicitud por motivos de psicopatología o pobre ajuste social (Englert, 1994; Baetens y cols., 1995; Gil y cols., 2003). Tampoco podemos olvidar las particularidades que tiene llevar a cabo una maternidad en solitario y hay autores que afirman que las condiciones de vida de la madre pueden afectar al desarrollo del niño. (McGuire y Alexander, 1985).

Por estos motivos, los centros deben incluir en sus protocolos evaluaciones psicosociales y counselling para minimizar las complicaciones durante el tratamiento y asegurar el bienestar del niño.

La evaluación psicológica de estas mujeres debe valorarse individualmente y asegurar la exploración de los siguientes aspectos:

Examinar la historia psiquiátrica

Es necesario asegurar que la solicitante no presenta psicopatología que pueda estar interfiriendo en la decisión de llevar a cabo este tratamiento, en la experiencia del tratamiento en sí y en la seguridad del futuro hijo.

Para ello, un especialista en salud mental tendrá que valorar la adecuada adaptación del estado psíquico de la mujer para este proyecto de maternidad.

Una correcta evaluación del estado mental de la solicitante debe constar de pruebas objetivas y del criterio del profesional en salud mental, para así poder valorar la adecuada adaptación. Entre las pruebas objetivas, es aconsejable contar con tests de confirmada validez y fiabilidad que garanticen la evaluación de dos aspectos: el estado psicopatológico y los trastornos de personalidad. Estas pruebas junto con la historia psicopatológica de la paciente servirán de herramientas para la valoración del estado mental de la mujer.

En la literatura consultada sobre la evaluación psicológica realizada a mujeres solicitantes de IAD sin pareja, encontramos el BSI (*Brief Symptom Inventory*), versión reducida del SCL-90 (Derogatis and Melisaratos, 1983), como instrumento de medida del estado psicopatológico (Jacobs y cols., 1999; Klock y cols., 1996). Otros estudios, simplemente citan el DSM-III-R como referencia a la hora de su

diagnóstico en los diferentes trastornos (Beatens y cols., 1985) y por último, encontramos el MMPI (*Multiphasic Personality Inventory*) entre los que evalúan psicopatología y personalidad (Guerra y cols., 1998; Gil y cols., 2002), bastante utilizado también en la literatura en evaluaciones de donantes.

Pese a la dificultad que supone la recomendación de un cuestionario que englobe todos los criterios de evaluación necesarios, anteriormente mencionados, desde aquí recomendar dos escalas básicas para la evaluación del estado emocional: STAI y BDI.

Y en cuanto a trastornos de personalidad, entre los instrumentos aconsejables estarían: TCI (*Temperament-Character Inventory*, Cloninger et al., 1994), MCMI-II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*, Millon, 1990), PDQ-4 (*Personality Disorders Questionnaire*, Hyler, 1994).

Aspectos sobre el tratamiento

Evaluar la información que la usuaria posee respecto al tratamiento en sí, así como las expectativas sobre el éxito-fracaso en su caso concreto, teniendo en cuenta que debido a la edad avanzada que en su mayoría muestra este grupo de mujeres, el número de ciclos necesario para conseguir un embarazo aumenta.

Inseminación Artificial de Donante versus otras alternativas

Debemos valorar el grado de decisión y motivaciones que la usuaria tiene acerca de la opción de IAD versus otras, como pueden ser la adopción o la posibilidad de tener un hijo biológico con un hombre. Dentro de este apartado debemos examinar su historia sobre el deseo de tener un hijo e intentos de embarazos así como también su historia de parejas.

Afrontar el deseo incumplido de tener un hijo con una pareja sentimental

La mayoría de estas usuarias (sobre el 90%) manifiestan su deseo de haber concebido un hijo con una pareja sentimental y el consiguiente proceso de adaptación a la idea de llevar a cabo la maternidad en solitario (Boivin y Kentenich, 2002). Sobre este aspecto sería necesaria la exploración de significados de esta pérdida además de las implicaciones de usar la IAD como un medio alternativo de creación familiar.

Es fundamental que estén resueltos los problemas emocionales que en muchos casos supone este reajuste, pues de no ser así podemos encontrarnos futuras dificultades tanto en la madre como en el futuro niño.

Apoyo social

Es importante examinar varios aspectos respecto al apoyo social. En primer lugar, se debe explorar si la familia, amigos y entorno conocen la intención de este proyecto y si se piensa comunicar en algún momento, de no ser así, los motivos por los cuales no se comunica. El evaluador debe valorar la adecuación y repercusión de tales argumentos a una futura situación familiar.

En segundo lugar, debemos preguntar sobre el apoyo social con el que cuenta, tanto durante el tratamiento como una vez nacido el niño. De sobras es conocido que los tratamientos de fertilidad en general conllevan alteraciones emocionales, así pues, en mujeres que lo afrontan en solitario debemos considerarlo un estresor añadido.

También es importante tener en cuenta la red social con la que cuenta la solicitante una vez nacido el niño, ya que generalmente las mujeres solas por tener que hacer frente a su economía en solitario, dedican muchas más horas a su trabajo que aquellas que están casadas. Por lo general, las mujeres solas manifiestan buenas relaciones con familiares y amigos y la posibilidad de recibir su apoyo una vez nacido el niño, pero cuando el niño está creciendo no siempre se cumple, y es un aspecto que desde el counselling debe tenerse en cuenta ya que es importante que el niño cuente con otros adultos y modelos con los que poder tratar.

Edad avanzada

Como hemos comentado antes, el motivo más frecuente por el que las mujeres solas solicitan IAD es por tener ya una edad en la que empiezan a disminuir las posibilidades reproductivas. Esto implica que desde la evaluación y el apoyo psicológico, debemos tener en cuenta y valorar las expectativas reales de la mujer en aspectos tales como el éxito del tratamiento, las dificultades de un embarazo a una edad avanzada, la diferencia de edad con el futuro hijo o la adaptación a la maternidad a cierta edad.

Actitud Social

Estamos hablando de una forma de maternidad todavía poco frecuente en nuestra sociedad, es por ello que de cara a evitar problemas tanto para la madre como para el futuro hijo debemos evaluar la capacidad de estas mujeres para afrontar esta singularidad a nivel social. No sólo debe explorar cómo afrontará la madre aspectos relativos a la aceptación

social de su decisión, sino también su capacidad para proporcionar a su hijo estrategias para manejar la actitud social.

Creencias, actitudes religiosas

Que una mujer sin pareja decida tener un hijo con la ayuda de las TRA en ocasiones choca con determinadas posturas religiosas. Debemos valorar el grado de concordancia existente entre la decisión de la solicitante y lo que moralmente piensa.

Decírselo al niño

Estos niños se encontrarán una realidad diferente a la de otros niños nacidos mediante TRA porque no tendrán una figura paterna como el resto de niños de su entorno por lo que sobre los 3-4 años es frecuente que empiecen a hacer preguntas.

Debemos considerar que la parte más importante en todo este proyecto es el futuro niño, por eso debemos explorar este aspecto y aconsejar al respecto. Del estudio llevado a cabo por Gil, Guerra, Tur y Barri (2003) podemos decir que el 75% de las solicitantes tenían intención de desvelarle al niño sus orígenes biológicos aunque no sabían cómo hacerlo en la mayoría de los casos. Sólo un 3% no pensaban decírselo. Murray y Golombok (2005a) también coinciden en que la mayoría de mujeres solas tienen intención de revelarles al niño sus orígenes.

Además de todos estos temas que creemos son más específicos en mujeres solas que solicitan una IAD, no podemos olvidarnos de la exploración de otros aspectos comunes a otro tipo de pacientes en los Centros de Reproducción Asistida, pero no por eso menos importantes: grado de decisión, motivaciones que le llevan a elegir esta alternativa, actitud hacia el embarazo y actitud hacia el donante.

IV .EVALUACIÓN DE DONANTES

Hasta la fecha, apenas se tenía en cuenta el perfil psicológico y psiquiátrico de los donantes en los centros de reproducción asistida de nuestro país, ya que no se realizaban evaluaciones psicológicas de los mismos. Es conveniente realizar estas valoraciones por la importancia del peso genético en la etiología de los trastornos psicológicos. Por parte de las solicitantes ya existía un marcado interés en que los centros les ofrecieran garantías en este aspecto, pero es a partir de la entrada en vigor de la Ley 14/2006 cuando la evaluación psicológica de los donantes va a ser

un requisito imprescindible en cualquier centro de reproducción asistida, ya que en virtud de esta ley "*Los donantes deberán tener más de 18 años, buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico deberá cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio de los donantes que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas, así como las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar, según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de su realización, que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia. (...) En todo caso, los centros autorizados podrán rechazar la donación cuando las condiciones psicofísicas del donante no sean las adecuadas.*" (artículo 5 de la Ley 14/2006)

Así pues, según la normativa legal vigente, los donantes de gametos, y de semen concretamente por el tema que nos ocupa, obligatoriamente deben ser evaluados a nivel psicológico según un protocolo de estudio.

En la clínica diaria se observa que la mayoría de mujeres solas solicita información sobre el estado físico y psíquico del donante. Les preocupa sobre todo saber características del carácter del donante y por lo tanto, intuir qué tipo de personalidad tendrá éste.

El Grupo de Interés de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad (GIP) ha trabajado en un protocolo que garantice la exploración psíquica del donante y recomienda realizar una entrevista semiestructurada y una evaluación de personalidad objetiva mediante escalas con validez y fiabilidad demostrada. La entrevista recoge principalmente datos de anamnesis, antecedentes y estado psicopatológico y motivación para realizar la donación. En lo que a evaluación de personalidad se refiere, el GIP aconseja valorar tanto parámetros de personalidad normal como patológica, siendo fundamental que dicha evaluación permita detectar trastornos de personalidad en los solicitantes por el peso genético que éstos tienen y la posibilidad de transmitirlos a la descendencia. El GPI recomienda utilizar el NEO-PI-R o Neo FFI (Costa y McCrae, 1992) para la evaluación de la personalidad normal y el MCMI-II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*, Millon, 1990) para personalidad patológica.

La evaluación psicológica siempre debe ser realizada por un especialista en salud mental, que pueda realizar una adecuado diagnóstico psicopatológico y que posea conocimientos en psicometría como para pasar e interpretar correctamente las pruebas psicométricas del protocolo de evaluación. Además, debe-

rá tener la suficiente preparación como para valorar si la información obtenida en la entrevista se ajusta a los requisitos de la donación, donde siempre primará el menor perjuicio posible para la futura descendencia fruto de su donación.

V. DEVOLUCIÓN DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA A LAS PACIENTES

Una vez hecha la evaluación, el counselling con mujeres solas que solicitan Inseminación Artificial de Donante debe incluir una devolución por parte del especialista en salud mental a la paciente que incluya los resultados de las pruebas psicométricas que se hayan pasado y la pertinencia o no del tratamiento teniendo en cuenta tanto la exploración psicopatológica como los aspectos psicosociales y motivacionales antes comentados.

Esta devolución también tiene que proporcionar a las usuarias una ayuda de cara a resolver dudas, y en los casos en los que observemos una pobre adaptación social supondrá el inicio de una intervención psicológica que les ayude a dicha adaptación.

Así pues, en muchos casos, existirá una aceptación condicionada a la resolución de aspectos poco adaptativos, pero no podemos dejar a las solicitantes simplemente con esta conclusión, sino que debiéramos desde cualquier centro de reproducción ofrecer a las usuarias un servicio de counselling que guíe y ayude en la resolución de dichas dificultades.

En aquellos casos donde la exploración psicopatológica o la mala adaptación social desaconsejen iniciar el tratamiento debemos explicar con detalle los motivos y asegurarnos de que la paciente comprende las razones por las que no se considera pertinente su solicitud por el beneficio de su propia experiencia y el bienestar del niño.

VI. CONSEJOS ANTES DEL TRATAMIENTO

En primer lugar, se debe informar a las solicitantes del escaso porcentaje de éxito, en muchos de los casos, debido a una edad avanzada. Es por ello, que estas mujeres deben tener unas expectativas reales de las posibilidades de éxito y también de las posibilidades de embarazo múltiple.

También es conveniente aconsejar en la pertinencia de contar con apoyo social y/o familiar durante los ciclos de tratamiento que acompañe en las dificultades emocionales que todo tratamiento de reproducción asistida conlleva.

Puede resultar de mucha ayuda el establecer contacto con otras madres que han pasado por esta experiencia con las que poder compartir y resolver dificultades. Un ejemplo es el de la Asociación de Ayuda a la Fertilidad *Genera*, donde se creó un espacio para que mujeres sin pareja masculina u homosexuales pudieran intercambiar experiencias. Las reuniones sirvieron de gran ayuda para clarificar dudas, compartir preocupaciones y ofrecer apoyo mutuo. En estas reuniones pudo verse que la realidad de las mujeres solas respecto a la de las mujeres homosexuales era muy diferente, por lo que se decidió dividir los grupos para que así las mujeres pudieran sentirse más identificadas con su situación.

VII. PREVENCIÓN DE PROBLEMAS

Es importante que la usuaria tenga información detallada sobre el tratamiento médico al que va a estar sometida. De la misma forma, debemos prevenirla en las alteraciones emocionales que dicho tratamiento puede ocasionarle.

Ya que la mayoría de las solicitantes van a tener que experimentar algún ciclo sin éxito, es importante que les prevengamos en este sentido y les propongamos estrategias de afrontamiento.

De cara a la maternidad, también es importante que exista un apoyo social y/o familiar con el que poder contar teniendo en cuenta que habrá muchos momentos donde la madre no podrá estar junto a su hijo por motivos laborales o de otra índole. También existen autores que defienden la necesaria presencia de roles masculinos entre esta red de apoyo con los cuales el niño pueda establecer vínculos de identidad.

VIII. DIFICULTADES FRECUENTES

Una dificultad con la que muchas de estas mujeres se van a encontrar en un primer momento es la idiomática, ya que cada vez con mayor frecuencia los centros de reproducción asistida españoles reciben la solicitud de mujeres en cuyos países la ley no permite esta alternativa de maternidad. Desde los centros se ha de evitar que el idioma se convierta en una barrera que haga imposible todo lo comentado en este capítulo.

Otra dificultad frecuente es que las solicitantes pueden estar reacias a una evaluación psicológica porque sienten que se les está valorando su capacidad para la maternidad, es por este motivo que muchos centros no incluyen más tratamientos que los estrictamente médicos. Debemos explicar de entrada a las

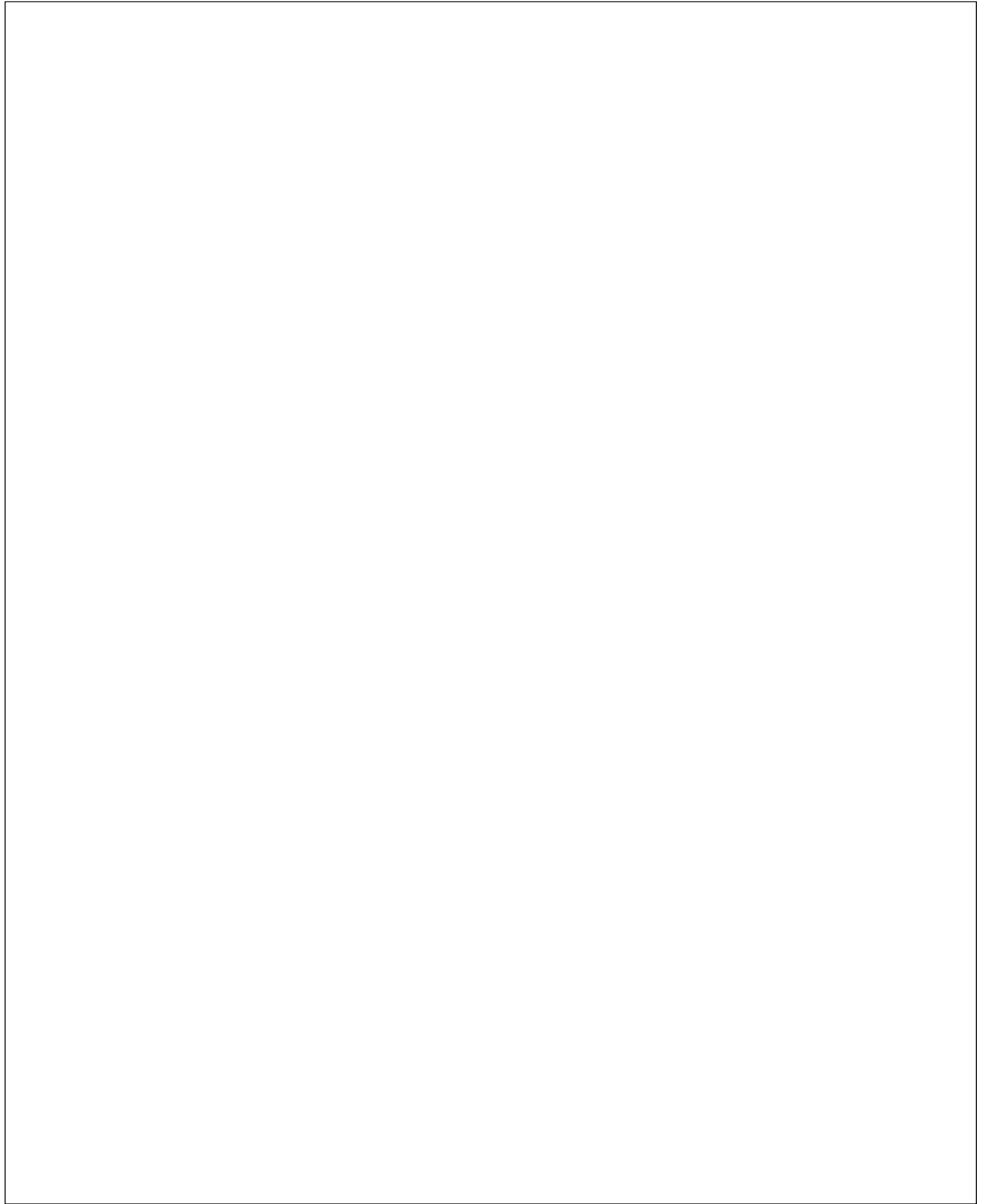
pacientes el por qué de una evaluación psicológica e intentar que ésta se convierta en un feedback en su propio beneficio.

Decírselo al niño

El hecho de si desvelar o no al niño el origen de su concepción es un tema que la mayoría de solicitantes no tiene del todo resuelto, pues aunque su deseo por hacerlo es casi general, no tienen tan claro el modo de plantearlo. La mayoría de profesionales que se dedica a este campo recomienda el desvelar al niño su forma de concepción desde el principio, es decir, a la edad de 3 años más o menos que es cuando empiezan a preguntar por un papá, ya que ven a niños de su entorno que lo tienen y ellos no. La forma de desvelar al niño sus orígenes, siempre debe adaptarse a su nivel cognitivo, detallándose y haciéndose más elaborada conforme el niño va creciendo. La ayuda de los maestros (que conozcan la verdad y puedan explicar esta nueva forma de concepción) y de material didáctico como por ejemplo cuentos pueden resultar muy eficaces a la hora de afrontar tal cuestión.

BIBLIOGRAFÍA

- Baetens, P., Ponjaert-Kristoffersen, I., Devroey, P., y Van Steirteghem, A.C. (1995). Artificial insemination by donor: an alternative for single woman. *Human Reproduction*, 10(6), 1537-1552.
- Boivin, J. y Kentenich, H. (Eds.) (2002). Guidelines for counselling in infertility. Monographs of the European Society of Human Reproduction and Embryology.
- Englert, Y. (1994). Artificial insemination with donor semen: particular request. *Human Reproduction*, 9 (11), 1969-1971.
- Gil, M.A, Guerra, D., Tur, R., y Barri P. (2002, Julio). Psychological assesment of single women asking for Artificial Donor Insemination. Poster presented at the 19th Annual Meeting of the ESHRE, Madrid.
- Guerra, D., Tur, R., y Barri, P.N. (1998, Mayo). Evaluación psicopatológica de mujeres en IAD. Comunicación presentada al XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad, Madrid.
- Jacob, M.C., Klock, S.C., y Maier, D. (1999). Lesbian couples as therapeutic donor insemination recipients: do they differ from other patients?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 20, 203-215.
- Klock, S.C., Jacob, M.C. y Maier, D. (1996). A comparison of single and married recipients of donor insemination. *Human Reproduction*, 11(11), 2554-2557.
- Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida. Boletín Oficial del Estado, 282, 33373-33378.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Boletín Oficial del Estado del 27 de Mayo de 2006.
- McGuire, M. y Alexander, N.J. (1985). Artificial insemination of single women. *Fertility and Sterility*, 43, 182-184.
- Murray, C. y Golombok, S. (2005a). Going it alone: solo mothers and their infants conceived by donor insemination. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 242-253.
- Murray, C. y Golombok, S. (2005b). Solo mothers and their donor insemination infans: follow-up at age 2 ye-ars. *Human reproduction*, 20(6), 1655-1660.
- Strong, C., y Schinfeld, J.S. (1984). The single woman and artificial insemination by donor. *The Journal of Reproductive Medicine*, 29(5), 293-299.
- Wendland, C.L., Byrn, F., y Hill, C. (1996). Donor insemination: a comparison of lesbian couples, heterosexual couples and single women. *Fertility and Sterility*, 65(4), 764-770.



Apoyo psicológico en pacientes que recurren a tratamiento de reproducción asistida con donación de gametos

M^a del Mar Tirado Carrillo,

IVI Sevilla

Pilar Dolz de Castellar Pareja,

IVI Valencia

1. INTRODUCCIÓN

Los motivos por los que una pareja acude a tratamiento de donación de gametos pueden ser muy variados.

En el caso de la donación de ovocitos hay parejas que llegan después de varios ciclos de tratamientos fallidos con ovocitos propios, otras que se ven obligadas a recurrir desde el principio a esta técnica por tener la mujer una menopausia precoz. En otros casos, la mujer presenta una cromosomopatía que le ha provocado una alteración en la función ovárica o alguna intervención quirúrgica que le ha impedido tener hijos con sus propios gametos. Para otras parejas esta es la única opción posible debido a su edad.

Los casos por los que una pareja acude a donación de espermatozoides son muy variados. Muchas parejas recurren a esta opción cuando después de haber realizado un espermograma se les ha diagnosticado una azoospermia grave y se ha visto que ésta es la única forma de tener hijos. Hay quien ya ha hecho algún intento previo de fecundación in vitro con espermatozoides propios sin conseguir embarazo o tal vez se le ha realizado una biopsia testicular sin demasiado éxito. Igualmente, puede darse el caso de varones con diagnóstico de VIH que, por motivos económicos o por limitación de su laboratorio de referencia, no tienen acceso a técnicas de lavado de semen. También usan esta técnica pacientes con alguna otra enfermedad infecciosa que contraindica el uso de sus propios espermatozoides o bien hombres que, después de haber sido tratados con quimioterapia o radioterapia ésta les ha provocado una azoospermia. Por último, también puede haber varones que tienen

realizada la vasectomía y que se han planteado ahora la paternidad.

En cualquier caso, que duda cabe que esta es una situación que genera un alto grado de sufrimiento en la pareja y que puede dar lugar a ciertas dificultades, tanto a nivel personal como relacional, a la hora de tomar la decisión de iniciar el tratamiento.

La mayoría de las personas tienen asumido como parte de su proyecto vital el hecho de tener hijos biológicos propios. Es frecuente que a las personas les guste planificar su vida y fantasear, ya sea en pareja o de forma individual, sobre cómo será su descendencia. Por este motivo, cuando una pareja recibe la noticia de que para poder llegar a tener un hijo deben prescindir de los gametos de uno de ellos y sustituirlos por los de un donante se ve profundamente afectada. Conocer que ésta es la única opción que tienen, aparte de la adopción, de construir una familia, supone un duro golpe para ellos. La mayoría ven cómo se desmoronan sus ilusiones, se desestructura su planteamiento de familia e incluso se ve afectada su autoestima y su valía personal. Muchos de ellos sienten una gran frustración y piensan que ésta es una de las experiencias más perturbadoras por la que han pasado.

Dado la variedad de vías por las que una pareja llega a esta situación, la vivencia que éstos tienen de la misma es también muy variada. Sin embargo, no cabe duda de que la experiencia de ser una pareja receptora de gametos y la futura paternidad, va a depender mucho de cómo hayan manejado emocionalmente el proceso. Dada la importancia que para la futura familia va a tener la manera en que la pareja afronta el tratamiento con donación de gametos, toda pareja a la que se le plantee este tratamiento debe te-

ner, al menos, una visita con el psicólogo especialista en reproducción asistida en la que se trabajen temas especialmente relevantes en esta situación. Para la posterior aceptación del tratamiento y, en el mejor de los casos, del embarazo y la paternidad, es muy importante que ésta sea una decisión bien pensada y meditada.

Con el Apoyo Psicológico se les ayudará a los pacientes a determinar si esta opción es válida y tolerable para ellos y si aceptarán bien una donación en sus planteamientos de paternidad. Igualmente, se ayudará a la pareja a tolerar los posibles estresores psicológicos inherentes a este tratamiento.

Independientemente de que se trate de una donación de ovocitos o de semen, el Apoyo Psicológico en esta situación siempre debe plantearse en sesiones de pareja, ya que éste es un tema que afecta a la formación de la familia y son los dos miembros de la pareja conjuntamente los que deben tomar la decisión

2. OBJETIVOS DEL APOYO PSICOLÓGICO EN RA CON DONACIÓN DE GAMETOS

Cuando se trabaja con una pareja que va a realizar un tratamiento con donación de gametos, es relevante tener los siguientes objetivos:

1. Valorar la manera en que la infertilidad y su tratamiento ha afectado a los pacientes de forma individual y de pareja.
2. Ayudar a la pareja en la toma de decisión
3. Discutir los asuntos específicos a este tratamiento y desarrollar formas de afrontamiento positivas.
4. Facilitar la expresión de emociones.

A continuación se desarrollan cada uno de los objetivos.

Objetivo 1: Valorar la manera en que la infertilidad y su tratamiento ha afectado a los pacientes de forma individual y de pareja.

Ya se han comentado más arriba los objetivos generales del apoyo psicológico en los pacientes que pasan a tratamiento con reproducción asistida.

La donación de gametos se presenta como el “último recurso” de tratamiento, por ello, es necesario estar especialmente atentos a los efectos que la propia infertilidad y las anteriores alternativas de tratamiento han ejercido sobre la pareja, tanto en conjunto como individualmente. Para intentar cumplir este objetivo se tendrán en cuenta los siguientes puntos:

Antes que nada, y como en cualquier otro proceso psicoterapéutico es imprescindible crear una buena

alianza terapéutica desde el primer encuentro. Es posible que los pacientes lleguen a nosotros algo recelosos y que no sepan exactamente qué es lo que se va a trabajar en la sesión. Para la mayoría de ellos, esta es la primera vez que acuden al psicólogo y hay algunos que puedan dudar incluso de los beneficios que éste pueda tener.

Por ello, es importantísimo dispensar una buena acogida, crear un clima agradable y de confianza para la pareja y proponerles unos posibles puntos para trabajar. Facilitar que expresen sus temores y dudas respecto a venir o no a la consulta, explorar el grado de motivación que tienen para el tratamiento y hacerles ver cómo éste es un espacio para ellos.

Habrà que escuchar a la pareja en sus primeras quejas, contenerlas y normalizar todas las reacciones que a nivel emocional están viviendo. Esto les ayudará a disminuir su tensión.

En el primer contacto se hará la historia de la pareja y se recogerán datos de su familia de origen, prestando especial atención a cómo es la fertilidad en sus familias (nº de hermanos, sobrinos, facilidad de otros familiares para tener descendencia...), relaciones entre ellos y su historia de infertilidad. Se hablará del tiempo que llevan buscando embarazo, el diagnóstico, los tratamientos que han realizado y de cómo han vivido todo este tiempo de forma individual y de pareja. Se valorará la afectación que esto ha tenido en la propia autoestima y cómo ha afectado a la relación de pareja (comunicación, relaciones sexuales...). En ocasiones ocurre que las parejas se distancian y aunque llevan tiempo con el diagnóstico claro y la propuesta de recurrir a donación, evitan hablar del tema porque ambos entienden que supone un sufrimiento grande para el otro.

Se explorará el apoyo social-familiar con el que cuenta la pareja y el nivel de conocimiento que su entorno tiene respecto al tema de la donación. En este sentido, es aconsejable que la pareja haga partícipe a las personas de confianza de que están en tratamiento de reproducción asistida aunque sin especificar que este tratamiento es con donación de gametos. Este punto se desarrollará más detalladamente cuando se hable de los asuntos específicos de la donación. Contar con el apoyo de las personas cercanas es positivo porque así se evita que la pareja soporte toda la responsabilidad de ser el único apoyo emocional con el que cuenta la otra persona. Además ayuda a normalizar la situación y evita el estrés de tener que estar ocultando y/o negando el deseo de tener un hijo o las visitas continuas a la unidad de reproducción.

Es posible que el tema de la donación de gametos suponga para algunas parejas un cuestionamiento de

sus principios y valores éticos, morales y/o religiosos. Habrá que valorarlo y facilitar la expresión de sus mayores temores, ya que si tienen la sensación de estar traicionando sus creencias pueden estar sintiendo grandes contradicciones, culpa, autorreproches y un gran nivel de sufrimiento.

También es importante valorar los recursos que se tienen a nivel individual y de pareja. Habrá que explorar cómo han afrontado otras situaciones difíciles, qué les ha facilitado el ajuste en esas ocasiones, con qué habilidades de solución de problemas cuentan y cómo han tomado otras decisiones importantes para sus vidas. Es bueno que la pareja vea la infertilidad como otro problema más que tiene que afrontar.

Habrá que valorar el grado de ansiedad y depresión que presenta cada uno de los miembros de la pareja y hacer las intervenciones que a este respecto se consideren oportunas. En este sentido, la pareja debe entender que está atravesando por un momento muy difícil, posiblemente de los más duros que ha tenido que afrontar, pero que también la superación de esta crisis va a suponer un enorme crecimiento para ambos.

Algunas mujeres emiten quejas respecto a sentir que son las que pasan por un mayor sufrimiento con estas técnicas y sus repercusiones y refieren gran malestar porque piensan que su pareja está menos involucrada en el tratamiento. Habrá que explicarle a la pareja cómo las mujeres y los hombres tenemos distintas formas de afrontar los problemas. Por lo general, y ante cualquier otra dificultad, las mujeres tienen más facilidad para expresar sus emociones, necesitan hablar más sobre lo que están sintiendo y exteriorizan más sus sentimientos. Los hombres, por el contrario, suelen tener un estilo más evitador, les cuesta más trabajo hablar sobre lo que sienten y prefieren estar más distraídos y no pensar demasiado en el problema.

Ante el problema de la infertilidad, hombres y mujeres se comportan igual que ante cualquier otro problema de su vida. Los factores de género influyen enormemente en la vivencia del problema de infertilidad. Muchos hombres, viendo cómo lo están pasando sus parejas, no se atreven a expresar sus emociones por miedo a que sus mujeres se desmoronen todavía más y no puedan soportarlo. Habrá que enseñar a la pareja a reconocer y aceptar la vivencia del otro sin intentar cambiarla. Entender que las dos formas de afrontar el problema, aunque sean diferentes, son válidas, es más, se complementan. Se pueden recurrir a ejemplos que faciliten la comprensión.

Se animará al marido a que se queje y a que no tema por su mujer a la hora de expresar sus emociones ya que es muy probable que incluso le sorprenda la

reacción que ésta tiene. De esta forma cada uno de ellos se pondrá en la posición en la que generalmente se sitúa el otro, es decir, el hombre pedirá ayuda y se sentirá ayudado, y la mujer será la que consuele y anime a su marido. Esto puede tener muchos beneficios para la pareja.

De todas formas, la infertilidad y el hecho de tener que recurrir a donación de gametos puede tener distintos significados para la mujer y para el hombre. Las mujeres, cultural y socialmente, tienen un sentido de la maternidad más prioritario en sus vidas. La mayoría de ellas ni siquiera se ha planteado la posibilidad de no tener hijos, ya que muchas lo entienden como una necesidad para llegar a sentirse plenamente realizadas. Por ello, cuando se les plantea este problema, muchas de ellas refieren que se sienten vacías, inferiores, no útiles como mujeres. En el caso de los hombres, a nivel social el hecho de tener hijos puede verse más relacionado con aspectos de virilidad y potencia sexual sin que ello guarde relación alguna. No es raro que ante un diagnóstico de azoospermia, haya alteraciones en la conducta sexual del varón (falta de deseo, impotencia...). Es muy positivo trabajar todo esto con la pareja y ver que connotaciones tiene para ellos el tener que recurrir a tratamientos con donación de gametos.

Objetivo 2: Ayudar a la pareja en la toma de decisión

Muchas parejas se bloquean ante el planteamiento de donación de gametos y se ven incapaces de llegar a tomar una decisión. Es frecuente que eviten el tema y aplacen el afrontamiento y la decisión ya que les supone un gran sufrimiento. Suelen presentarse: shock, negación, ira, culpa, tristeza etc. ligados en muchas ocasiones a situaciones de ansiedad y depresión.

Para ayudar a la pareja ante tan difícil toma de decisión es importante trabajar los siguientes puntos:

La donación siempre se planteará como una posibilidad a elegir. Ante la situación en la que se encuentra la pareja que se plantea la donación, generalmente caben tres opciones: vida sin hijos, adopción o donación de gametos. Ciertamente, llegar a estas opciones conlleva un gran sufrimiento y pérdida, ya que supone prescindir de tener hijos biológicos con gametos propios (más adelante se abordará en profundidad este tema). Es bueno que la pareja piense y reflexione sobre qué opción es la mejor para su caso. Es importante que la pareja entienda que la decisión siempre será de los dos y nunca dependerá únicamente de lo que uno de ellos decida hacer. Por este motivo es

muy conveniente que ambos puedan expresar abiertamente todos sus temores y dudas.

Se plantea pues la situación como una toma de decisión en la que existen tres alternativas a debatir. Para llegar a tomar la mejor decisión hay que estar bien informados y tener aclaradas las dudas y fantasías que presentan cada opción.

La información que más demandan los pacientes y que es importante aclarar está referida a los siguientes puntos:

1. Información sobre los donantes:

- Quienes son (edades, niveles de estudio, motivación....).

A este respecto, el equipo de enfermería de IVI Sevilla⁷ ha realizado un estudio para valorar el perfil social de las mujeres donantes y ha concluido que la mayoría de ellas se encuentra en un franja entre los 18 y 26 años, alrededor de un 45% tiene un nivel de estudio medio (un 25% son universitarias) y un 87% están solteras. En relación a la motivación para la donación, un 22% refiere motivos altruista, un 35% motivos únicamente económicos y un 43% refieren ambos motivos. Todos estos datos, generalmente, son cuestiones que suelen preguntar a menudo las parejas ya que son temas que les preocupan y les provocan cierto temor. Darles a conocer estos datos, suele darles una mayor tranquilidad.

- Se les informa de los pasos que se siguen para aceptar a una persona como donante. (entrevista, pruebas y análisis que se les hace, valoración psicológica, importancia también de la continuidad y responsabilidad que muestren...). Por supuesto se descarta a todos aquellos donantes que pudieran tener, ellos o sus familiares, alguna enfermedad hereditaria física o psicológica. Este punto será ampliamente desarrollado en otro apartado de este mismo capítulo.

- Se informa a la pareja de cómo se asignan los/las donantes a los/las receptoras. Cuando una pareja se decide a pasar al programa de donación de gametos se recogen sus características físicas y se busca un donante que posea su mismo fenotipo. El fenotipo son las cualidades físicas observables en un organismo, incluyendo su morfología y fisiología. Es la ex-

presión del genotipo. Cuando se encuentre este donante y se le hagan los controles oportunos se podrá iniciar el tratamiento.

- Es frecuente que las parejas pregunten si los donantes reciben alguna compensación económica. Lo que la ley 14/2006, de 26 de Mayo dicta a este respecto es que la donación de embriones “es un contrato gratuito, formal y confidencial concertado entre el donante y el centro.” Y más adelante: “La donación nunca tendrá carácter lucrativo o comercial. La compensación económica que se pueda fijar sólo podrá compensar estrictamente las molestias físicas y los gastos de desplazamiento y laborales que se puedan derivar de la donación y no podrá suponer incentivo económico para esta”. La cuantía de esta compensación puede variar de un centro a otro.

2. Información sobre los parecidos físicos e intelectuales con la descendencia

En cuanto al parecido físico, si bien es cierto que nuestras características fenotípicas van en los genes, existen otro tipo de características que modulan igualmente nuestra apariencia y que son aprendidas. Nos estamos refiriendo al tono y modulación de la voz, gestos, movimientos... Es muy frecuente ver a hijos que, teniendo la misma carga genética que sus padres, no se parecen a ellos físicamente pero sí en sus características aprendidas. Muchas personas que tienen que recurrir a donación vienen con el pensamiento en forma de sentencia de que “el niño nunca va a parecerse a mí” y esto le genera una gran pena. Hablar de esto con la pareja, incluso que ellos mismo pongan ejemplos de personas conocidas a las que les ocurre esto es muy positivo y hace disminuir sus temores.

En cuanto al parecido intelectual, el mayor temor que padecen las parejas es a cerca de la posibilidad de que el niño herede algún trastorno mental. Habrá que explicarles que en el tema de las enfermedades psíquicas, se puede heredar una cierta predisposición a padecer cierta enfermedad (esquizofrenia, trastorno bipolar...) y que este trastorno se hará o no presente dependiendo del ambiente en que la persona se desarrolle.

3. Información sobre la importancia de lo aprendido sobre la carga genética previa

El ambiente en el que crece cualquier niño o niña determina sus hábitos, sus costumbres, sus valores y su forma de entender la vida. Todo esto lo transmiten los padres a través de la educación, con independen-

⁷ V. Méndez, M. Rubio, R. Romo, M. Jiménez, M A. Caña, M L. González, V. Coello, M. Fernández-Sánchez: “Perfil social y psicológico de la donante de ovocitos en nuestro medio”. Equipo de enfermería de IVI SEVILLA. Comunicación presentada en el congreso de la SEF de Zaragoza 2006.

cia de que la carga genética que el crío tenga, sea o no la de uno de ellos.

Además de facilitarle a la pareja toda esta información, se explorarán sus actitudes ante las otras dos alternativas (adopción o vida sin hijos). Esta exploración se hará desde el respeto y la plena libertad en la toma de decisión. Muchas parejas se plantean la donación de gametos como una opción previa a la adopción ya que así entienden que podrán disfrutar del hijo desde el embarazo. Hay quien se niega a la adopción y también quien teme plantearse si quiera la posibilidad de una vida sin hijos. Encontrar un espacio para reflexionar sin temores sobre las tres posibilidades es algo que le hace mucho bien a la pareja.

Otro asunto importante a trabajar para facilitar la toma de decisión es explorar el significado que tiene para ellos la paternidad. A pesar del tiempo que llevan muchas de estas parejas intentando ser padres, es curioso que, muchas de ellas, cuando se les pregunta por el por qué de su deseo, no saben qué responder. Si es necesario, habría que ayudarles a que entiendan la paternidad como un deseo de amor, de entrega, de cuidados, de transmisión, de educación, de adquisición de nuevas responsabilidades. Un deseo de algo en común entre ellos, el gran proyecto que comparten con su pareja. La opción de la donación les permite disfrutar de todo lo que supone la paternidad desde un principio. Una vez que se ha repasado todo esto se le hace ver a la pareja cómo la aportación que hace el donante cuando viene a la clínica (que únicamente se desprende de un gameto) no tiene nada que ver con la vivencia de paternidad que ellos van a tener.

Es importante también que la pareja entienda cómo el niño que van a tener viene al mundo por su deseo de ser padres y es en ese deseo donde está el origen de ese niño. El donante únicamente les dará un gameto. Ese gameto llegará a ser persona sólo y exclusivamente porque ellos quieren tener un hijo.

Se insistirá en equiparar las quejas y en respetar la vivencia del otro sin intentar cambiarla. Es curioso cómo, incluso en las parejas en que se tiene que recurrir a banco de semen, es frecuente que sean las mujeres las que peor vivan el problema. Muchas veces éstas fantasean con la idea de que su pareja no vaya a sentir al hijo como propio y lleguen a abandonarlo en un futuro. Muchas aseguran que si hubieran tenido que recurrir a la donación de ovocitos, al menos el niño llevaría su sangre y crecería dentro de ella con lo que aumentaría su sentimiento de pertenencia y su apego. Temen que su marido no llegue a sentir lo mismo que ella por su hijo. Todos los miedos, preocupaciones y temores que ambos miembros de la pareja tengan se tendrán que expresar y debatir para que

puedan manejarlos mejor. Otros miedos frecuentes son en relación a los parecidos físicos, a si la gente “notará” que el niño no tiene sus genes, a que se entere su entorno del tema de la donación, a no llegar a sentir al niño como algo propio, a si el niño debe o no saberlo, a que el niño desarrolle alguna enfermedad extraña y no puedan estudiar sus antecedentes familiares... Todos estos temores son muy normales en la situación por la que están pasando. Se legitimarán y se promoverá la comunicación de la pareja en este sentido.

Algo que resulta muy beneficioso en este momento en que tienen tantas dudas es ilustrar a la pareja con ejemplos y situaciones que han vivido otras parejas que han pasado por su misma situación y que ahora son padres felices. Esto permite que se sientan identificados y que pierdan el sentimiento de exclusividad que frecuentemente tienen. En alguna ocasión, y siempre con el consentimiento y ofrecimiento de los pacientes, se les ha posibilitado ponerse en contacto con alguna de estas parejas. Esto suele dar muy buenos resultados ya que las parejas que ya son padres animan mucho a las que todavía no lo son a que se decanten por esta opción que les ha propiciado a ellos tanta felicidad.

De cualquier manera, no hay que olvidar, que el objetivo de estas sesiones de apoyo psicológico, no es convencer a la pareja de que opten por la donación de gametos, sino ayudarles a tomar la mejor decisión. Siempre se tratarán todos estos temas desde el mayor respeto a su decisión y nunca se tratará de convencerlos de los beneficios de esta opción, simplemente se les hará reflexionar sobre determinadas cuestiones para facilitar la mejor elección para su caso. Habrá parejas que una vez hayan meditado todo esto, finalmente decidan no realizar el tratamiento de donación de gametos. Igualmente a estas parejas se les apoyará en su decisión y se facilitarán los medios para el mejor afrontamiento de la opción que decidan (ya sea adopción o vida sin hijos).

Objetivo 3: Discutir los asuntos específicos a este tratamiento y desarrollar formas de afrontamiento positivas

El planteamiento de donación genera muchas dudas, preocupaciones y miedos sobre el futuro de la familia. En ocasiones, las parejas se hacen expectativas poco realistas sobre lo que ocurrirá y surgen distorsiones cognitivas. A menudo fantasean con las reacciones que cada uno de los miembros de la pareja tendrá. Todo ello dificulta un buen afrontamiento de la situación. Es importante que la pareja exprese y discuta sobre este asunto.

Que duda cabe que plantearse la donación como única forma posible de paternidad (aparte de la adopción) no es algo deseable. Esto lleva consigo un alto grado de sufrimiento y una gran pérdida. Él o ella pueden llegar a vivir esta situación de forma similar a cómo se vive un duelo por la muerte de un ser querido. En este caso sería la pérdida de la posibilidad de tener un hijo con las características genéticas propias. Muchas parejas, cuando se plantean tener un hijo, juegan a imaginarse cómo será ese niño, a quién se parecerá, si tendrá los ojos, boca o manos como los de su madre o su padre. Este juego, que por lo general no se le da demasiada importancia, puede suponer un gran dolor para la persona que tiene que sustituir sus gametos. La idea de que su hijo ya no va a parecerse a él / ella, difícilmente se le aparta de la cabeza. Verbalizar todos estos sentimientos, expresarlos y encontrar consuelo y otros puntos de vista ante sus temores, ayuda a afrontar la pérdida.

No es extraño que la persona que sufre esta pérdida, a la vez y como consecuencia de ello, tenga un sentimiento de pérdida generalizado en otros aspectos de su forma de ser o en otras áreas de su vida personal. Así, algunas personas refieren que sienten una gran pérdida de autoestima, otras hablan de pérdida de seguridad y confianza, incluso pérdida de estatus o prestigio a nivel social. Muchas refieren que ya no se sienten útiles como mujer o como hombre y es que hacen una generalización y por el hecho de que, efectivamente, sus gametos no son válidos para tener un hijo, sienten que no son buenos como hombre o mujer ya que no pueden reproducirse. Este pensamiento llega a ser muy doloroso. Si a esto se le unen las continuas explicaciones que muchas de estas parejas se ven obligadas a dar por estar retrasando su paternidad hace que vivan en un continuo recuerdo de la inutilidad que sienten. Es frecuente que estos sentimientos lleguen a afectar muy de lleno a las relaciones sexuales de la pareja, ya que incluso pueden llegar a dejar de sentirse sexualmente atractivos. La Dra. Guerra, en su libro "Cómo afrontar la esterilidad"⁸ propone algunos consejos muy útiles para que la experiencia de infertilidad no afecte a las relaciones sexuales de la pareja.

Un ejercicio útil que les puede ayudar a trabajar la pérdida es escribir una carta al hijo con sus propias características genéticas que sienten que han perdido. Esto facilita mucho la expresión de emociones.

Para trabajar la pérdida de autoestima, resulta in-

⁸ Guerra Diaz, D. (1998): *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona. Editorial Planeta.

teresante revisar el concepto de sí mismo que tiene el miembro infértil. Posiblemente, cuando se le pregunten por aspectos positivos y negativos de su forma de ser, se centre en los negativos. Favorecer que su pareja, en este momento, exprese las cualidades y valores que tiene y que le hicieron elegirle como pareja suele dar muy buen resultado y ayuda a que la persona vuelva a tener una visión más justa y completa de sí mismo.

Junto a los sentimientos de fracaso viene unido, en muchas ocasiones, el sentimiento de culpa. El miembro infértil se siente culpable de no poder darle a su pareja el hijo que tanto desea. Incluso se plantea que su pareja sería más feliz si estuviera con otra persona que pudiera darle hijos. En el trabajo de la culpa siempre se tendrá en cuenta que este concepto lleva implícita una relación directa de causa- efecto, es decir, una responsabilidad. Habrá que explorar e indagar sobre este sentimiento y hacer ver que ninguno de los dos es responsable de lo que está ocurriendo ya que no está en sus manos el haberlo evitado. El que se siente culpable debe también escuchar al otro y aceptar las prioridades de su pareja en la relación, que al contrario de lo que piensa, se refieren a la felicidad de uno junto el otro. Que duda cabe que la vivencia de la infertilidad del miembro de la pareja que no tiene el problema es muy diferente a la del miembro infértil. En este sentido, es importante enfocar la infertilidad siempre como un problema de la pareja y no como un problema único y exclusivo del miembro infértil. Es la pareja que ellos forman la que tiene problemas para engendrar un hijo, con independencia de quién sea el que físicamente tenga esta dificultad.

Siempre se perseguirá el apoyo claro y explícito de los dos miembros de la pareja, haciéndoles hablar sobre qué cosas del otro le ayudarían a afrontar la situación actual de la mejor forma posible. Toda esto finalmente tiene como objetivo que no se sientan solos en el paso que van a dar sino que entiendan que están en un proyecto común de la pareja.

En este momento también resulta muy útil discutir asuntos relacionados con su futura paternidad y específicos de la donación de gametos que les preocupan:

1. Comunicación al niño de sus orígenes

Este tema suele generar muchas dudas en las parejas que se plantean la donación de gametos ya que compartir esta información supone para la mayoría un proceso difícil de afrontar debido a los prejuicios existentes en nuestra sociedad y al temor ante la reacción que pueda tener la criatura.

En España, la ley no contempla nada en relación a la obligación de los padres de comunicar a sus hijos nacidos por donación de gametos sus orígenes, por tanto, da total libertad a los padres para que ellos decidan qué hacer. A pesar de que muchas parejas, antes de tener los hijos refieren su intención de comunicarle la verdad sobre su concepción, por lo que sabemos del único estudio realizado en Europa en este sentido (Golombok et al, 1996)⁹ ninguna de las 111 familias de Inseminación Artificial de Donante (IAD) que entraron en el estudio habían hablado a sus hijos de la realidad de su concepción cuando tenían entre 4 y 5 años. En el momento en que entraron en la edad de la adolescencia (11-12 años), menos del 10% de familias de IAD habían hablado a sus hijos sobre sus orígenes genéticos (Golombok et al., 2002)¹⁰.

Como bien explica la Dra. Guerra¹¹, “la razón por la cual no habían hablado sobre su concepción fue fundamentalmente el miedo. El 65,9% para proteger a los niños, pues temían el impacto que podía causarles la noticia, el 35,8% expresó miedo a que ellos, los padres, fueran menos queridos como padres no biológicos, y un 14% expresó miedo a cómo serían tratados los niños por los demás al conocer la verdad sobre sus orígenes genéticos.

En relación a este tema existen dos líneas de pensamiento, una a favor y otra en contra de la comunicación del origen. Según Urdapilleta¹², dentro de los principales motivos dados por los que optan por el secreto encontramos: la necesidad de ocultar la esterilidad, miedo a provocar problemas psicológicos o de identidad al niño, miedo a que el niño no quiera al miembro de la pareja que no aportó el gameto, temor a la respuesta que tenga el niño, miedo a que la familia y los amigos no acepten su decisión y muestren un rechazo hacia su hijo o lo discriminen. Además señalan

que los niños no sentirán nada diferente si son criados con amor y, sobretodo, si los padres no tienen conflictos con el hecho de haber usado gametos donados. También refieren que el secreto en sí mismo no es perjudicial si se tiene bien elaborada la paternidad y se hace para evitar complicaciones o sufrimientos en el hijo. Desde la perspectiva opuesta, los que optan por la comunicación, argumentan lo siguiente: esconderlo sería aceptar que la donación de gametos es vergonzante y reforzaría el estigma asociado con la infertilidad y la donación de gametos, el secreto es potencialmente dañino para la relación padre/madre - hijo, el hijo tiene derecho a saberlo y el deseo de privacidad de los padres no debería anteponerse a las necesidades del hijo. Señalan también que los secretos tienen efectos perniciosos tanto en el funcionamiento familiar como en el niño ya que dificultan los lazos familiares estableciendo fronteras entre los que saben y los que no y pudiendo causar ansiedad cuando los temas relativos al secreto son discutidos o aparecen en el contexto familiar. También que a través de señales sutiles el niño puede percibir que hay algo diferente respecto a él. Además, en caso de que surgiera alguna enfermedad importante que precisara estudio genético, se podría cometer el error de reemplazar los datos médicos del donante por el de la madre o el padre.

En caso de optar por la opción de la comunicación, la pareja se plantea otra nueva duda: cuándo decirlo. Este conocimiento puede ser algo que el niño sepa desde pequeño y que crezca con él, siempre adecuando las explicaciones a la edad del niño, o bien ser algo que los padres le comuniquen cuando el niño sea mayor. Existe un cuento titulado “Mi pequeño milagro” de la Dra. Pilar Dolz del Castellar¹³, en el que aparece una bonita forma de explicarle a un niño pequeño el tema que nos ocupa y que puede ayudar mucho a los padres que no saben cómo hacerlo. Algo que también puede ayudar en caso de que se decidan por la comunicación es poner el énfasis no en contar el origen del niño como tal, sino en contarle al niño la historia de cómo su familia en particular se construyó. En cualquier caso, lo que sí es importante es que siempre sean los padres los que se lo comuniquen al niño.

Aunque en ocasiones se compara este tema con el conocimiento de la adopción, existen diferencias sustanciales que lo hacen distinto. El niño que nace por donación de gametos no tiene un pasado de abandono

⁹ Golombok, S., Brewaeys, A, Cok, R et al (1996) *The European study of assisted reproduction families: family and child development. Human Reprod, Vol 11. 1996.*

¹⁰ Golombok, S., Brewaeys, A., Cok, R. et al (1996) *The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. Hum. Reprod, Vol.17, nº 3. March 2002.*

¹¹ Guerra Diaz, D (): “Hablar sobre sus orígenes genéticos a los hijos concebidos mediante técnicas de reproducción asistida” en..... (Revista de la SEF)

¹² Urdapilleta, L.: *Derecho a la identidad en personas nacidas por donación de gametos. Aspectos legales y psicológicos. Reproducción Humana. Artículos de revisión en www.flasef.org/textos/revista/2004/2/21_29*

¹³ Dolz del Castellar Pareja, P. (2004) “Mi pequeño milagro”. Autor editor.

ni unos padres a los que buscar. Si no fuera por sus padres, este niño no existiría ya que con un solo óvulo o espermatozoide que el donante o la donante dejaran nunca llegaría a ser persona. No existe por lo tanto el sentimiento de abandono que puede existir en la adopción. Muy al contrario, estos niños, llegan a unos padres con un gran deseo de tener un hijo y con mucho amor para darle.

Bajo nuestro entender, siempre debe ser la pareja quien decida lo que hará y nuestra labor no es otra que ayudar a la reflexión. En las sesiones se tratará este tema, cada uno expondrá su punto de vista y sus temores en relación a las dos posibilidades y si quieren, se les facilitará la lectura de bibliografía que les ayude. Siempre teniendo en cuenta que, aunque es positivo que en este momento se hagan estos planteamientos, esta no es una decisión que deba tomarse ahora y que ni mucho menos sea irrevocable. Después dependerá mucho de las circunstancias que vayan viviendo y de la personalidad del niño.

Con independencia de que comuniquen al niño su origen o no, lo que si es claro es que si el padre o la madre tienen dudas o dificultades de relación con su hijo por la forma en que ha sido concebido, esto redundará en su relación con él y si en cambio, viven su paternidad con absoluta normalidad y sin cuestionarla lo más mínimo, la relación con su hijo será como la de cualquier otro padre.

Así ha quedado constatado en el ya mencionado estudio que Golombok¹⁴ y su equipo vienen realizando a nivel europeo. En este estudio se comparó el funcionamiento de familias con hijos de embarazo espontáneo, familias con hijos de reproducción asistida y familias con hijos de reproducción asistida con donación de gametos en lo referente a bienestar psicológico de los padres, relación entre padres e hijos y desarrollo psicológico del niño. Se comprobó que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de estas variables salvo que las madres del grupo de donación de ovocitos, referían mayores niveles de placer o diversión en lo referente a las tareas de crianza de sus hijos. Las madres que habían usado donación de semen percibían a sus hijos como más vulnerables que el resto de las madres, sin embargo, esta diferencia no tenía ninguna repercusión en el desarrollo emocional y psicológico de los niños. La posible explicación que los autores le dan a este hecho, es que las mujeres que tienen mayores dificultades

¹⁴ Golombok et al. (2005): "Families created by gamete donation: follow-up at age 2". *Hum Reprod.* Vol. 20 (1): 286-293.

para tener hijos y recurren a la donación de gametos (ya sea masculina o femenina) ven a sus hijos como algo muy preciado y son madres muy comprometidas con su tarea de crianza.

2. Comunicación a la familia del tratamiento con donación de gametos

Otro asunto a tratar es si la familia y amigos deben saber que están haciendo un tratamiento con donación de gametos.

Ante este punto habría que plantearse cuáles son las repercusiones que el contárselo pudiera tener en un futuro. En primer lugar, si la pareja decide contarlo a la familia, deben entonces plantearse también contárselo al niño, ya que si hay más personas que lo saben aparte de los padres, ese niño sí tiene más derecho a conocer su origen. Además en este caso, pudiera darse la circunstancia de que el niño llegara a enterarse por otra persona que no sean los padres y esto ya hemos comentado más arriba que debería evitarse. En segundo lugar, si la familia lo sabe, una vez nazca el niño, y aún los padres cuenten con el apoyo y la plena aceptación de los familiares, posiblemente éstos dejen de hacer comentarios muy espontáneos en relación, por ejemplo, a los parecidos físicos del niño con sus padres. Ocurre muy a menudo que los familiares encuentran grandes parecidos entre el niño y el padre o la madre que ha tenido que prescindir de sus gametos. Este tipo de comentarios ayuda mucho a los padres a vivir con normalidad su paternidad. Si los familiares conocen el tema, ¿cómo van a decir que el niño se parece a su madre o a su padre si no tiene sus genes? Esto únicamente llevaría a restar espontaneidad y naturalidad a la situación.

Lo más conveniente es que la familia y los amigos sepan que la pareja está en tratamiento con técnicas de reproducción asistida pero sin especificar el uso de la donación de gametos. Es aconsejable que esto sea un tema únicamente de la pareja.

3. Fantasías sobre su reacción y la de su pareja una vez tengan al niño

Es frecuente que la pareja, y sobretodo el miembro que ha tenido que prescindir de sus gametos, se imagine la reacción de su pareja o de él mismo cuando vea al niño y cuando lo vayan criando. A veces se plantean si los dos lo querrán de la misma forma, si lo sentirán realmente suyo, cómo reaccionará si la gente le dice que no se parece a él o ella... Abrir un espacio en que la pareja pueda hablar abiertamente de

estos temas y pueda anticipar todas estas reacciones es muy positivo.

Es importante que una vez tengan el niño, lo acepten tal y como es y no se planteen si su forma de ser, su genio, su rebeldía... es debido a la herencia genética del donante. Insistir en que vivan su paternidad con absoluta normalidad y no anticipar ni preocuparse en exceso por las complicaciones futuras. Los problemas se irán afrontando a medida vayan llegando. Está comprobado que una vez que el paso de la donación se ha dado con decisión y seguridad, los problemas que se tienen son los mismos que cualquier otra pareja con hijos.

El estudio del equipo de Golombok concluye que el uso de la donación de gametos, con independencia de que se le comunique o no al niño, no afecta a la calidad de las relaciones padre/madre - hijo, al bienestar psicológico de los padres ni al desarrollo emocional del niño. Por lo tanto, como refieren estos autores, lo que se considera más importante para el establecimiento de relaciones seguras es más la respuesta de los progenitores que la relación genética. La falta de relación genética no afecta tanto a la relación padre - hijo como se podría pensar.

Sería muy recomendable, como apunta la Dra. Guerra en el artículo anteriormente citado, que desde distintos medios (escuela, cuentos, medios de comunicación...) se buscaran las fórmulas para que los niños puedan tener información sobre las distintas maneras en que pueden ser concebidos. Una posibilidad sería por ejemplo, que cuando en la escuela se explique el tema de la reproducción humana, se introduzcan conceptos sobre reproducción asistida y todas las variantes de la misma. De esta manera se normalizaría esta forma de reproducción y, tanto los niños concebidos mediante estas técnicas como sus congéneres, podrán asimilar mejor estos conceptos. Así, cuando a un niño nacido mediante técnicas de reproducción asistida le cuenten sus papás cómo vino al mundo, no le sorprenderá su historia y le ayudará a vivirlo como algo normal.

Para finalizar este apartado, comentar que, desgraciadamente, a pesar de tener que recurrir a donación de gametos, siempre sigue existiendo la posibilidad de no conseguir embarazo aún con este tratamiento. En las sesiones de apoyo habrá que preparar a la pareja para un posible fracaso de tratamiento, señalando siempre cómo aún fracase el tratamiento, el paso más difícil que sería llegar a tomar la decisión de recurrir a donación ya lo tendrían dado en caso de que tengan que plantearse realizar un nuevo intento.

Objetivo 4: Facilitar la expresión de emociones

Es muy frecuente que, ante la situación de realizar un tratamiento con donación de gametos, tanto a los hombres como a las mujeres les cueste mucho trabajo expresar todo lo que están sintiendo. En unas ocasiones porque ni siquiera ellos saben ni pueden expresarlo, en otras por temor a dañar a la pareja, hay personas que ni siquiera se permiten expresar lo que sienten. Por este motivo, la expresión de emociones se convierte en un objetivo fundamental para disminuir la tensión y facilitar la vivencia de la situación.

Este objetivo se ha ido cubriendo a medida que se han ido desarrollando los objetivos anteriores, ya que la facilitación de la expresión de emociones, como se ha visto, es una labor continua a lo largo de todo el proceso terapéutico.

En cualquier caso, y aunque esto ya haya aparecido en otros puntos, a modo de resumen, tendremos en cuenta los siguientes puntos:

- Normalizar y legitimar las reacciones. Explicar a la pareja que todos los sentimientos que tiene son los habituales en la situación por la que están pasando. No debe asustarse ni avergonzarse de ellos.

- Facilitar la expresión de emociones a través de la escucha activa, la empatía y la desdramatización. También se le dará a la pareja nuevas esperanzas que le permitan seguir adelante.

- Usar ejemplos de cómo otras parejas se han sentido ante lo que ellos están pasando. Esto favorece la identificación y la expresión.

- Animar a los pacientes a que usen metáforas y símiles que de alguna forma hagan entender a su pareja como se están sintiendo.

Para concluir, y citando a la Dra. Guerra¹⁵, recalcar que “las interacciones caracterizadas por el cariño paterno, la responsabilidad y la sensibilidad hacia las necesidades del niño, junto a un control firme, son factores que promueven el desarrollo positivo en el niño. El desarrollo socioemocional de los niños está fuertemente relacionado a la calidad de las relaciones de adhesión del niño con sus progenitores, con independencia de que estos tengan o no la misma carga genética que sus hijos”

3. Derivación de la pareja

A pesar de lo comentado anteriormente, son pocas las parejas que de forma espontánea se plantean la

¹⁵ Guerra Díaz, D. (1998): *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona. Editorial Planeta.

posibilidad de buscar apoyo psicológico ante el planteamiento de donación de gametos.

Tal vez esto sea debido a que en nuestra sociedad todavía existe cierta resistencia a pedir ayuda psicológica, probablemente por el poco conocimiento de lo que esto significa. El psicólogo es muchas veces entendido como la persona que trata a los que están “locos” y no como un profesional de la salud mental que posee conocimientos para aconsejar a las personas sanas con dificultades y que puede servir de gran ayuda en el afrontamiento y resolución de situaciones especiales. Hay incluso gente que vive la derivación al psicólogo como una agresión y que entiende que el profesional que le ha sugerido la idea le ha visto tan mal que no ha tenido otra salida que ofrecerle.

Por este motivo es muy importante que todo el equipo de la clínica normalice la presencia del psicólogo como un profesional más que puede ayudar a la pareja en su bienestar. En el caso particular de la donación de gametos sería imprescindible que los médicos y las enfermeras que llevan el programa de donación informen a TODOS los pacientes a los que se les plantea este tratamiento de la conveniencia y beneficios que tiene el establecer contacto con el psicólogo a la hora de tomar la decisión de pasar a donación.

Generalmente, el planteamiento de donación provoca en un primer momento un rechazo importante en la pareja, incluso hay gente que llega a considerarlo una aberración y se enfadan cuando el médico les plantea esta opción. Es importante que el médico entienda que estas son las reacciones normales ante este planteamiento y que ésta es una idea que la pareja debe ir madurando, ya que en la mayoría de los casos, es posible que ni siquiera conozca esta posibilidad. No es una decisión fácil de tomar. El médico debe plantear la donación de gametos como una opción que la clínica le ofrece como posible solución pero que siempre será la propia pareja quien decida si esta opción es válida o no para ellos. Incluir como protocolo dentro de los pasos a seguir ante este planteamiento, la visita con el psicólogo es de suma importancia, ya que de esta forma se pueden prevenir posibles complicaciones en la vivencia y aceptación del futuro embarazo. No es raro encontrar parejas, sobre todo mujeres, que una vez embarazadas mediante este procedimiento de donación de ovocitos se planteen temores y dudas al respecto y se cuestionen sus propios sentimientos ante su futuro hijo.

En ocasiones, los ginecólogos comentan tener cierta dificultad a la hora de plantearles a las parejas la conveniencia de acudir a la consulta del psicólogo. Una buena forma de abordar el tema sería haciéndoles ver a la pareja que el médico es consciente del su-

frimiento que esta situación les está generando y explicándoles cómo por este motivo y por la dificultad de la decisión que tienen que tomar, todos los médicos de la clínica aconsejan a todas las parejas que pasan por esta situación, recurrir a la Unidad de Apoyo Psicológico en este momento particular como complemento a la atención médica. Explicarles que el psicólogo les dará mucha información que les resultará muy útil, les ayudará a afrontar el proceso y les hablará de las vivencias de otras parejas que ya han pasado por su situación, todo esto con objeto de facilitarles la toma de decisión.

4. Donación de embriones

Cada vez son más las parejas interesadas en entrar en un programa de donación de embriones.

Las parejas donantes, han pasado por algún ciclo de fecundación in vitro y han satisfecho sus deseos de descendencia. De forma voluntaria y solidaria, deciden donar los preembriones que no han sido utilizados, a otras parejas con problemas de fertilidad.

Estos tratamientos, están regulados por ley y los requisitos para entrar en un programa de donación de embriones deben ser conocidos por ambas partes antes de iniciar el tratamiento.

Apoyo psicológico en la donación de embriones

El protocolo de actuación ante la pareja que entra en un proceso de donación de embriones sería prácticamente el mismo que el que abordamos con una pareja que va a ser receptora de óvulos y espermatozoides.

Sin embargo, en ambos procesos existen similitudes y diferencias, tanto por parte de los receptores como de los donantes.

* Hay menos donantes de embriones que de ovocitos y espermatozoides.

* Los donantes interpretan el hecho como una donación en adopción de un “hijo”. Por tanto están menos predispuestos. En España solo el 5% está dispuesto a donar embriones.

* Los receptores, no hablan de donación sino de adopción. El término es socialmente más aceptado que el de donación.

* La pareja receptora se encuentra en “igualdad de condiciones” en cuanto a la dotación genética del futuro hijo, con respecto a la donación de gametos de uno de los progenitores. Esto hace un poco más fácil la toma de decisión.

* La mayoría de los padres receptores, no va a informar a sus hijos del origen de su concepción, para

no preocuparles y por miedo al deterioro de las relaciones familiares.

* La tasa de gestación con embriones congelados es de un 35%

* Los procesos de tratamiento médico y transferencia son prácticamente los mismos que la donación de gametos.

Pareja donante

Los donantes deberán tener más de 18 años, buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico deberá cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio de los donantes que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas, así como las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar, según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de su realización, que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia. En todo caso, los centros autorizados podrán rechazar la donación cuando las condiciones psicofísicas del donante no sean las adecuadas.

La pareja donante deberá ser informada de la existencia de parejas con dificultades para conseguir un embarazo con sus propios gametos (óvulos y espermatozoide) o embriones, debido a cualquier padecimiento médico. En este sentido se informa a la pareja donante de que sus embriones serán utilizados en técnicas de reproducción asistida de las que se beneficiaran aquellas parejas que lo necesiten.

Así mismo, la pareja donante será advertida del carácter gratuito, secreto y anónimo de la donación y deberá ser consciente de que se trata de un acto voluntario, altruista, sin retribución económica, ni exigencia de precio alguno por los embriones donados.

¿Qué motiva a una pareja a donar sus embriones? La donación de embriones está motivada por la concienciación que tiene esta pareja con la infertilidad. Son bien conocedores de los procesos y han “padecido” la incertidumbre de la paternidad/maternidad durante un largo tiempo. Nadie como ellos puede comprender mejor a otras parejas que se encuentran en TRA y que tienen más dificultades para concebir un hijo. La satisfacción de ver premiado su esfuerzo, la alegría de haber conseguido formar una familia, les hace solidarios con otras parejas y sienten en ocasiones que deben facilitar el camino a otros que lo tienen incluso más complicado que ellos.

Bien es verdad que no todas las parejas se hacen estos planteamientos. Para muchas parejas donar sus embriones supone “dar un hijo en adopción”. De ahí

que la donación de embriones se da con menos frecuencia que la donación de óvulos y espermatozoides. Muchas parejas prefieren mantener sus embriones congelados sin plantearse que fin les van a dar.

Pareja receptora

Objetivos del apoyo emocional y psicológico:

-Valorar la manera en que la infertilidad y su tratamiento ha afectado a los pacientes de forma individual y como pareja.

En la mayoría de los casos, las parejas receptoras de embriones, han pasado por diversas técnicas de reproducción asistida sin éxito. Esta técnica es la última opción para ver cumplido su deseo de ser padres. Suelen acudir con el ánimo muy deprimido y niveles altos de ansiedad. En ocasiones la adversidad une a estas parejas y en otras muchas ocasiones su relación está deteriorada por la presión a que han sido sometidos durante un largo periodo de tiempo.

Las relaciones sexuales son muy escasas y el sexo lo asocian con la procreación, perdiendo este, todo el sentido lúdico que antes tenía.

Observamos que la comunicación entre ellos se ha deteriorado y a veces hay diversidad de opiniones sobre la toma de decisión.

Otras parejas, no han pasado por tratamientos de reproducción asistida porque en un primer diagnóstico se han detectado problemas en ambos miembros de la pareja y deben entrar en un programa de donación de embriones como primer tratamiento. Estas parejas acuden a la consulta psicológica en una fase de shock, negación, ira, culpa, por el impacto del diagnóstico.

También recurren a la donación de embriones, mujeres solas, sin pareja y mujeres homosexuales, que en un principio habían tomado la decisión de inseminarse con semen de donante pero por la edad o por diversos problemas médicos, sus óvulos no son adecuados.

Las mujeres solas (no hago distinción entre homosexuales o heterosexuales), suelen ser mujeres con la decisión muy meditada y prácticamente tomada y su estado de ánimo es bueno y no presentan problemas de ansiedad. Acuden a la consulta para despejar algunas dudas y sobre todo para cambiar impresiones sobre el modo más adecuado de informar en un futuro a su hijo/a el modo en que fueron concebidos. Les preocupa también el futuro desarrollo de estos niños sin la figura paterna.

-Ayudar a la pareja en la toma de decisión.

* Shock, negación, ira, culpa, tristeza: Sentimientos que surgen ante la certeza de que, si llegan a

concebir un hijo, este no llevará su carga genética. Trabajaremos estos sentimientos negativos y llegaremos a una fase de aceptación. Esta aceptación será de forma gradual y nos ayudaremos de la información, exploración de miedos, resolución de dudas y reestructuración de distorsiones.

-Informar: Las parejas presentan preocupaciones y dudas muy razonables y casi todas coinciden en sus inquietudes:

* Parecidos físicos e intelectuales: Hablaremos del Modelado y aprendizaje por observación. Explicaremos como se selecciona a los donantes en función del fenotipo, haciéndoles comprender y aceptar que pueden no parecerse físicamente a ellos, pero que los factores ambientales juegan también un papel importante en el desarrollo físico e intelectual de todo individuo.

* Material genético desconocido: Les informaremos sobre las parejas donantes, sus motivaciones, edades, grupos a los que pertenecen.

* Miedos anticipatorios sobre el desarrollo emocional y social del hijo: presentaremos estudios sobre familias de donación. Cómo se desarrollan estos niños, qué diferencias hay con la población general, rendimientos académicos, cohesión familiar...etc

* Temor al rechazo: trabajaremos los miedos, plantearemos hipótesis.

* Presión social y familiar: les entrenaremos en comunicación eficaz y asertiva para evitar el aislamiento y fomentar la prevalencia de los propios intereses frente a los demás sin deterioro de relaciones sociales o familiares

* Etica y religión: Valoraremos las consecuencias positivas y negativas de la toma de decisión y clarificaremos creencias y valores.

* Incertidumbre ante qué, cómo y cuándo decirle al hijo el origen de su concepción: Les informaremos de lo que dice la ley al respecto.

Será labor del psicólogo, informar y resolver las dudas que vayan surgiendo e incluso plantear las que no han surgido y que por nuestra experiencia conocemos de otras parejas.

* Estrés, ansiedad, depresión: les entrenaremos en técnicas de autocontrol emocional: Técnicas de Relajación y Respiración, en manejo de situaciones críticas, modificación de conductas y hábitos inadecuados. Reestructuración cognitiva.

* Desbloqueo psicológico: los bloqueos psicológicos son obstáculos que provocan perjuicios en todas las áreas vitales y, en especial, en el proceso de toma de decisiones. Son inconscientes, ge-

neralmente actúan juntos y se nutren unos a otros. Al superar uno o varios de ellos se puede enfrentar a los demás.

Con información veraz, clarificación de ideas y creencias y reduciendo los niveles de ansiedad, lograremos el desbloqueo psicológico para una toma de decisión libre y fundada.

-Facilitar la expresión de las emociones:

* Empatizar: La empatía, es quizá el pilar fundamental en la relación con el terapeuta y debe estar presente desde la primera visita. La pareja debe percibir desde el primer momento que el psicólogo es la persona que estaba necesitando. El psicólogo o psicóloga debe dar a entender que comprende los sentimientos y necesidades que tiene la pareja. A partir de ahí se establece la alianza terapéutica imprescindible en cualquier tipo de terapia.

* Escuchar: Esto es, prestar atención a lo que se oye y demostrar que se está escuchando. Las parejas en muchas ocasiones está faltas de escucha. Quizá no tienen a nadie más que a ellos mismos para hablar de estos temas, que a menudo son secretos. Están necesitados de expresar lo que piensan y lo que sienten. Hablar, supone una terapia en sí misma.

* Normalizar y legitimar las reacciones: Les haremos diferenciar entre emociones adecuadas e inadecuadas. Les ayudaremos a aceptar emociones lógicas para el momento en que se vive y les haremos rebajar aquellas que son excesivas y no resultan funcionales.

* Desdramatizar: reduciremos y corregiremos a lo largo de las entrevistas, toda exageración del problema y evitaremos toda las formas disfuncionales de visualizar la realidad.

* Esperanzar: fomentaremos la ilusión y la esperanza dentro de las posibilidades reales de éxito.

* Facilitar la expresión de las emociones: Es adecuado permitir y facilitar que lloren en la consulta si les apetece. Sirve para aflojar tensiones y por experiencia se observa que, cuando se dan permiso ellos mismos, disminuyen las crisis de llanto.

-Instruir a la pareja en recursos de afrontamiento

- * Técnicas de Autocontrol Emocional
- * Relajación
- * Respiración
- * Imaginación
- * Ejercicio
- * Técnicas Cognitivas
- * Clarificación de valores
- * La solución de problemas
- * Detención del pensamiento

- * Rechazo de ideas irracionales
- * Desarrollo de técnicas de afrontamiento

La TRA con donación de embriones ha abierto sin duda una puerta a la esperanza a aquellas parejas que por diversos problemas médicos no pueden concebir un hijo con otras técnicas. La idea de la donación y adopción de embriones, sin embargo, produce en estas parejas un impacto emocional y genera serias dudas que es necesario resolver antes de entrar en un programa de donación. Por ello es de vital importancia que sean derivados a la consulta psicológica para dotarles de toda la información necesaria e instruirles en recursos de afrontamiento que les ayudaran a hacer estos procesos más llevaderos y a percibir una calidad asistencial integral, evitando la sensación de soledad, sintiéndose implicados y mejorando la comunicación entre la pareja y con el personal médico-sanitario.

Diversos estudios han demostrado que las parejas que pasan por un programa de apoyo emocional antes de entrar en un proceso de RA, reducen sus niveles de ansiedad y estrés y abandonan menos los tratamientos que aquellas parejas que no reciben ayuda.

5. Los donantes

La ley 14/2006, de 26 de Mayo, sobre técnicas de reproducción asistida establece que “los donantes deberán tener más de 18 años, buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico deberá cumplir las exigencias de un protocolo obligatorio de estudio de los donantes que incluirá sus características fenotípicas y psicológicas, así como las condiciones clínicas y determinaciones analíticas necesarias para demostrar, según el estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica existentes en el momento de su realización, que los donantes no padecen enfermedades genéticas, hereditarias o infecciosas transmisibles a la descendencia.”

1. Pruebas físicas

En cuanto a las pruebas físicas a realizar, los centros realizarán a todos los donantes los estudios que se determinen por la Comunidad Autónoma respectiva y que en todo caso y como mínimo serán las siguientes: grupo sanguíneo, factor RH, VDRL o prueba similar para detectar la sífilis, screening de hepatitis, test de detección de marcadores de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), estudio clínico para la detección de fases clínicas infecciosas de toxoplasmosis, rubéola, herpes virus y citomegalovirus y estudio clínico para la detección de

neisseria gonorrhoeae y chlamydia trachomatis. En muchos centros también se mide cariotipo en sangre para descartar anomalías cromosómicas.

La seronegatividad en las pruebas de marcadores VIH, deberá estar garantizada mediante la realización de dos test con un intervalo de seis meses, siendo imprescindible comprobar la seronegatividad de ambas pruebas para la utilización de los gametos masculinos y preembriones. En las donantes de gametos femeninos, y en base a la actual imposibilidad de criopreservación de los oocitos donados, se considerará suficiente la negatividad de la donante en una única prueba de marcadores VIH.

No podrán ser admitidos como donantes de gametos las personas que tengan antecedentes familiares de malformaciones ligadas a cromosopatías, genopatías o metabolopatías. Igualmente, serán excluidos como donantes los que presenten enfermedades genéticas, hereditarias o congénitas transmisibles.

Además, las donantes serán sometidas a un reconocimiento ginecológico y a los donantes se les realizará un seminograma en el que se comprobará que su semen posee las características suficientes para sobrevivir a la congelación y descongelación con garantías.

Igualmente se recogerán las características fenotípicas, que incluyen: talla, peso, color de piel, color de ojos, color de pelo, textura de pelo y raza.

El número máximo autorizado de hijos nacidos en España que hubieran sido generados con gametos de un mismo donante no deberá ser superior a seis. En cada donación, los donantes deberán declarar si han realizado donaciones previas, las condiciones de éstas e indicar el momento y el centro en que se han realizado. La ley 14/2006, de 26 de Mayo, sobre técnicas de reproducción asistida, dicta la creación de un Registro nacional de donantes adscrito al Ministerio de Salud y Consumo en el que deberán inscribirse todos los donantes de gametos y preembriones. Este registro, cuyos datos se basarán en los que sean proporcionados por las comunidades autónomas, consignará también los hijos nacidos de cada uno de los donantes, la identidad de las parejas o mujeres receptoras y la localización original de unos y otros en el momento de la donación y de su utilización.

2. Pruebas psicológicas

Como ya se ha comentado, la ley 14/2006, de 26 de Mayo, sobre técnicas de reproducción asistida establece que “los donantes deberán tener más de 18 años, buen estado de salud psicofísica y plena capacidad de obrar. Su estado psicofísico deberá cumplir las

exigencias de un protocolo obligatorio de estudio de los donantes que incluir* sus características fenotípicas y psicológicas....”.

Esta exigencia va a suponer importantes cambios en lo que respecta a la labor del psicólogo dentro de los Centros de Reproducción, ya que a partir de ahora, no sólo debe trabajar con las parejas que reciben los tratamientos sino además deberá garantizar la salud psicológica de los donantes.

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva¹⁶ establece unos indicadores para determinar quién puede ser aceptado como donante de ovocitos, pero únicamente lo define como una guía preliminar y no exhaustiva de indicadores positivos y negativos. Entre los indicadores positivos señalan: ausencia de psicopatologías significativas, ausencia de estresores vitales anormales, uso de estrategias adaptativas de afrontamiento, capacidad de proporcionar permisos informados, tener relaciones interpersonales y / o relaciones de pareja estables y capaces de darle apoyo, estabilidad económica, puntuaciones psicológicas dentro de los límites normales y estabilidad en el empleo. Entre los indicadores negativos resaltan: desorden significativo de los Ejes I o II del DSM IV, historial familiar de desórdenes psiquiátricos hereditarios (por ejemplo desórdenes bipolares, esquizofrenia...), dependencia de sustancias, estar actualmente bajo medicación psicoactiva, historial familiar de abusos sexuales sin tratamiento profesional, estilo de vida caótico, estar actualmente bajo un estrés significativo, inestabilidad en la pareja, funcionamiento cognitivo débil o incompetencia mental y problemas con la ley. Y añade que los inconvenientes provenientes de la pareja del donante pueden ser motivos suficientes como mínimo para aplazar el tratamiento.

El Grupo de Interés de Psicología de la SEF ha elaborado una “Entrevista semiestructurada de Valoración Psicológica para Donantes de Gametos” en la que se recogen todos los datos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de determinar si una persona es apta para ser donante de gametos. Actualmente, esta entrevista está siendo aplicada por los miembros del Grupo de Interés en distintos centros de reproducción de la geografía española con objeto de llegar a hacer una validación interjueces de la prueba. En caso de que, una vez realizada esta entrevista, el psicólogo que realiza la evaluación tenga alguna duda so-

¹⁶ *Mental Health Professional Group Ovum Donor Task Force of the American Society for Reproductive Medicine, 1994.*

bre la valoración del posible donante, el Grupo de Interés recomienda una medición objetiva de parámetros de personalidad (normal y patológica) a través de dos instrumentos: el Inventario de Personalidad Neo Revisado de Costa y McCrae en cualquiera de sus dos versiones (Neo PI-R y Neo FFI) o el Inventario Multiaxial Clínico de Millon-II (MCMI-II).

Garantizar el estado psicológico de los donantes sin duda va a traer enormes beneficios para todas las partes implicadas en el tratamiento.

Las parejas receptoras van a tener la seguridad de que su donante es una persona mentalmente sana, estable y sin ningún trastorno psicológico. Esto le va a dar una gran tranquilidad a la hora de asumir el paso a la donación, ya que como anteriormente se ha comentado, este es uno de los aspectos que más les preocupa. Hasta ahora, gracias a las analíticas y pruebas físicas realizadas tenían la seguridad de que físicamente su donante era sano, pero no sabían nada de su salud mental.

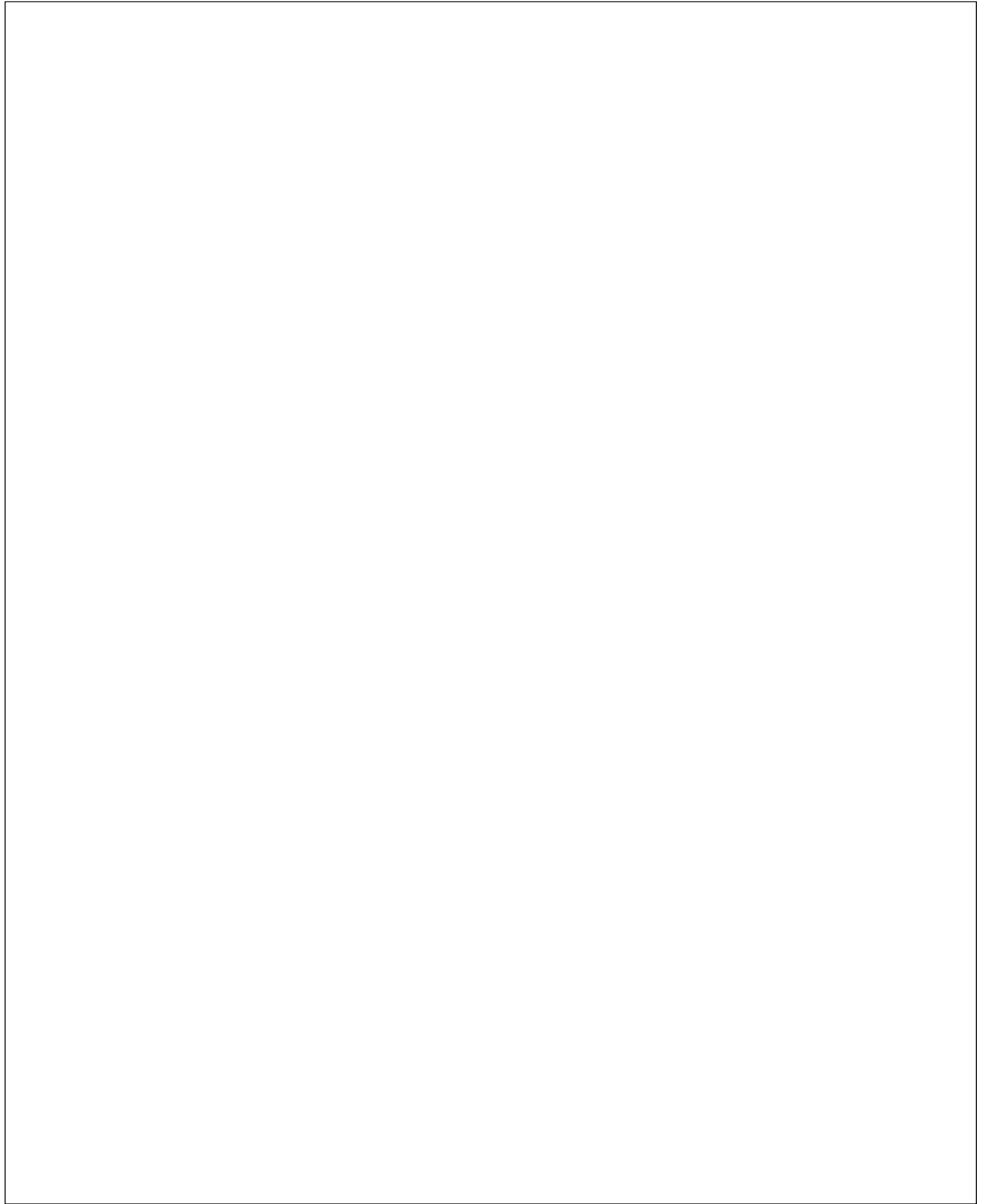
Para los donantes igualmente va a ser beneficioso porque se va a evitar que personas emocionalmente más inestables y con riesgos de padecer futuras complicaciones debidas a la donación entren en un tratamiento que no les va a beneficiar lo más mínimo.

Por su parte, las Unidades de Reproducción van a tener un doble beneficio: mayor satisfacción de las parejas receptoras y mayor tranquilidad al saber que no van a tener problemas legales con los donantes, ya que si una persona que no está mentalmente sana entra en programa de donación y esto le provoca graves consecuencias para su salud psicológica, el responsable de ello es el Centro que ha permitido que el donante realice el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Allison, A.; Groff, B. A. et al (2005): Assessing the emotional needs of women with spontaneous premature ovarian failure. *Fertil Steril*. Vol 83, nº6, June 2005.
- Barnes, J; Sutcliffe, A. G. et al (2004): The influence of assisted reproduction on family functioning and children's socio-emotional development: results from a European study. *Hum. Reprod*, Vol. 19, nº 6, June 2004.
- Burns, L.; Covington, S. N. (1999): *Infertility counselling: A comprehensive handbook for clinicians*. N.Y. Parthenon Publishing Group.
- Borrero, C.; Montoya, J.M. (2005): Seguimiento de las familias obtenidas por donación de óvulos. *Cuad. Med. Reprod*. Vol. 10. nº1
- Daniels, K. R.; Thorn, P. (2001): Sharing information

- with donor insemination offspring. A child conception versus a family-building approach. Hum. Reprod. Vol 16, nº 9. September 2001.
- Dolz de Castellar Pareja, P. (2004): Mi pequeño milagro. Autor editor.
 - Domar A., Dreher H. *Mente Sana, Mujer Sana: Uso de la Conexión Mente-Cuerpo para Manejar el Estrés y Controlar su Vida*
 - Domínguez R (2000): Hombres y mujeres frente a la infertilidad. Bol Soc Chil Fert 2000
 - Domínguez R (1999): ¿Existen las causas psicológicas de la infertilidad? Bol Soc Chil Fert 1999;
 - Dymphie van Berkel Ph, Lydia van der Veen, M. A. et al (1998): Differences in the attitudes of couples whose children were conceived through artificial insemination by donor in 1980 and in 1996. Fertil Steril, Vol. 71, nº 2. February 1999.
 - ESHRE (2003): Psychology and Counselling
 - Golombok, S., Brewaeys, A., Cok, R. et al (1996) The European study of assisted reproduction families: family and child development. Hum. Reprod, Vol 11. 1996.
 - Golombok, S., Brewaeys, A., Cok, R. et al (1996) The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. Hum. Reprod, Vol. 17, nº 3. March 2002.
 - Golombok, S., Jadva, V. et al. (2004): Families created by gamete donation: follow-up at age 2. Human Reprod., Vol. 20, nº 1, 2005
 - Guerra Díaz, D. (1998): *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona. Editorial Planeta.
 - Guerra Díaz, D. (): “Hablar sobre sus orígenes genéticos a los hijos concebidos mediante técnicas de reproducción asistida” en (REVISTA DE LA SEF)
 - Kalfoglou A. L., Gittelsohn, J. (2000): A qualitative follow-up study of women’s experiences with oocyte donation. Hum. Reprod., Vol. 15, nº 4, April 2000.
 - Lycett, E., Daniels, K. et al (2005): School-aged children of donor insemination: a study of parent’s disclosure patterns. Hum. Reprod. Vol. 20, nº 3. 2005
 - Méndez, V. ,M. Rubio, R. Romo, M. Jiménez, MA. Caña, MJ. González, V. Coello, M. Fernández-Sánchez (2006): “Perfil social y psicológico de la donante de ovocitos en nuestro medio”. Equipo de enfermería de IVI SEVILLA. Comunicación presentada en el congreso de la SEF de Zaragoza 2006.
 - Oddens B, Tonkelaar I, Niuwenhuysse H (1999): Psychosocial experiences in women facing fertility problems a comparative survey. Hum Reprod 1999
 - Palacios E, Jadresic E (2000): Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 2000
 - Repokari L, Punamäki, R. L. et al (2005): The impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood: a prospective controlled study. Hum Reprod. July 2005
 - Scheib J. E., Riordan, M. et al (2004): Adolescent with open-identity sperm donors: reports from 12 - 17 year olds. Hum. Reprod., Vol. 20, nº 1, (2005).
 - Scheib J. E., Riordan, M. et al (2003): Choosing identity-release sperm donors: the parent’s perspective 13 - 18 years later. Hum. Reprod., Vol. 18, nº 5, (2003).
 - Söderström-Anttila V., Sajaniemi, N. et al (1998): Health and development of children born after oocyte donation compared with that of those born after in vitro fertilization, and parent’s attitudes regarding secrecy. Hum. Reprod. Vol.13, nº 7. (1998)
 - Steven R., Lindheim, M.D.(2004): Assessment of wishes regarding disposition of oocytes and embryo management among ovum donors in a anonymous egg donation program. Fertil Steril, Vol. 84, nº 5. November 2005
 - Strömberg, B.(2005): Evolución a largo plazo de los niños nacidos mediante fecundación in Vitro. Cuad. Med. Reprod. Vol. 10, nº 1 (2005)
 - Urdapilleta, L.: Derecho a la identidad en personas nacidas por donación de gametos. Aspectos legales y psicológicos. Reproducción Humana. Artículos de revisión en www.flasef.org/textos/revista/2004/2/21_29.
 - Vanfraussen, K., Ponjaert-Kristoffersen, I et al. (2001): An attempt to reconstruct children’s donor concept: a comparison between children’s and lesbian parent’s attitudes towards donor anonymity. Hum. Reprod., Vol. 16, nº 9. September 2001.



Protocolo de intervención psicológica en un servicio de medicina de la reproducción

Dra. Diana Guerra Díaz

IVI Barcelona

EL CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE Y LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA CONSULTA DE ESTERILIDAD

El protocolo que se propone ha sido desarrollado con el objetivo de integrar la atención centrada en el paciente en las actividades diarias del equipo médico y, al mismo tiempo, hacer uso de la asesoría e intervención psicológicas para satisfacer cualquier necesidad excepcional de los pacientes, mediante las siguientes vías:

El programa de formación e implementación consiste en:

- 1.1.a. La formación de los profesionales del centro:
 - 1.1.a.1. Recepcionistas, secretarías
 - 1.1.b.2. Enfermería
 - 1.1.c.3. Embriólogos y médicos

Jornadas de formación en:

- a- atención al paciente
- b- manejo de situaciones de crisis
- c- dinámica del grupo
- d- habilidades de comunicación
- e- síndrome de “burn-out”

1.1.b. La supervisión por parte del experto en apoyo emocional:

- Funciones de habilidad en recursos humanos, exceptuando todo lo concerniente a temas administrativos:

- 1.1.b.1. Soporte en el proceso de selección de personal
- 1.1.b.2. Optimización de los recursos y de los puestos de trabajo
- 1.1.b.3. Dinamización de los grupos
- 1.1.b.4. Soporte emocional al equipo

1.1.c. La evaluación de resultados.

a) Evaluación sistemática de la satisfacción de los pacientes en cuanto a apoyo emocional por parte del equipo, mediante cuestionarios de satisfacción percibida.

b) Evaluación sistemática de la satisfacción del personal sanitario

1.2. Formación a otros profesionales

1.2.1 Cursos de formación a profesionales de la Salud Mental interesados en la Medicina Reproductiva Humana

1.2.2. Cursos de formación a profesionales de otros centros del IVI y otros centros de Medicina Reproductiva

2. Intervención psicológica

2.1. Evaluación sistemática de poblaciones de posible riesgo:

2.1.a. Elaboración de herramientas de “screening” (con un punto de corte alto”), para la detección de posible patología, que se aplicara sistemáticamente de la siguiente manera:

- Primeras visitas de pareja (administración de tests por parte de enfermería), evaluación del psicólogo, devolución a través de la historia clínica (file): caso-no caso.
- Visitas que inician un nuevo ciclo y no fueron evaluadas (administración de tests por parte de enfermería), evaluación del psicólogo, devolución a través de la historia clínica (file): caso-no caso.
- Parejas y mujeres solas que optan por recepción

de gametos o embriones de donación: entrevista para evaluación de habilidades adaptativas y consejo sobre la reproducción con “terceras partes”.

- Parejas candidatas a donación de embriones (mujer >35 años): evaluación psicológica y entrevista
- Mujeres de “edad avanzada” (> 40 años)
- Donantes de gametos; evaluación psicológica y entrevista.
- Donantes de embriones: evaluación psicológica y entrevista.

2.1.b. Corrección y evaluación de los cuestionarios, devolución al clínico a través de la Historia Clínica (File).

Devolución al paciente que lo solicite, es decir, el considerado “caso”.

3. Intervención y consejo psicológico:

- 3.1. Oferta por parte de la Unidad de Psicología de la posibilidad de tener una primera entrevista y consejo psicológico a todas aquellas personas o pareja que lo deseen .

3.2. Consejo a todas las parejas o mujeres solas receptoras.

3.3. Consejo a todas las parejas tras embarazo (especialmente a los múltiples).

3.4. Consejo a todas las reducciones embrionarias y legados.

3.5. Pacientes que deben finalizar tratamiento

3.6. Tratamiento mediante intervención cognitivo-conductual de los trastornos o sintomatología diagnosticada (“casos”).

3.7. Derivación al médico psiquiatra en el caso de considerar patología grave.

2.8. Grupos Informativos

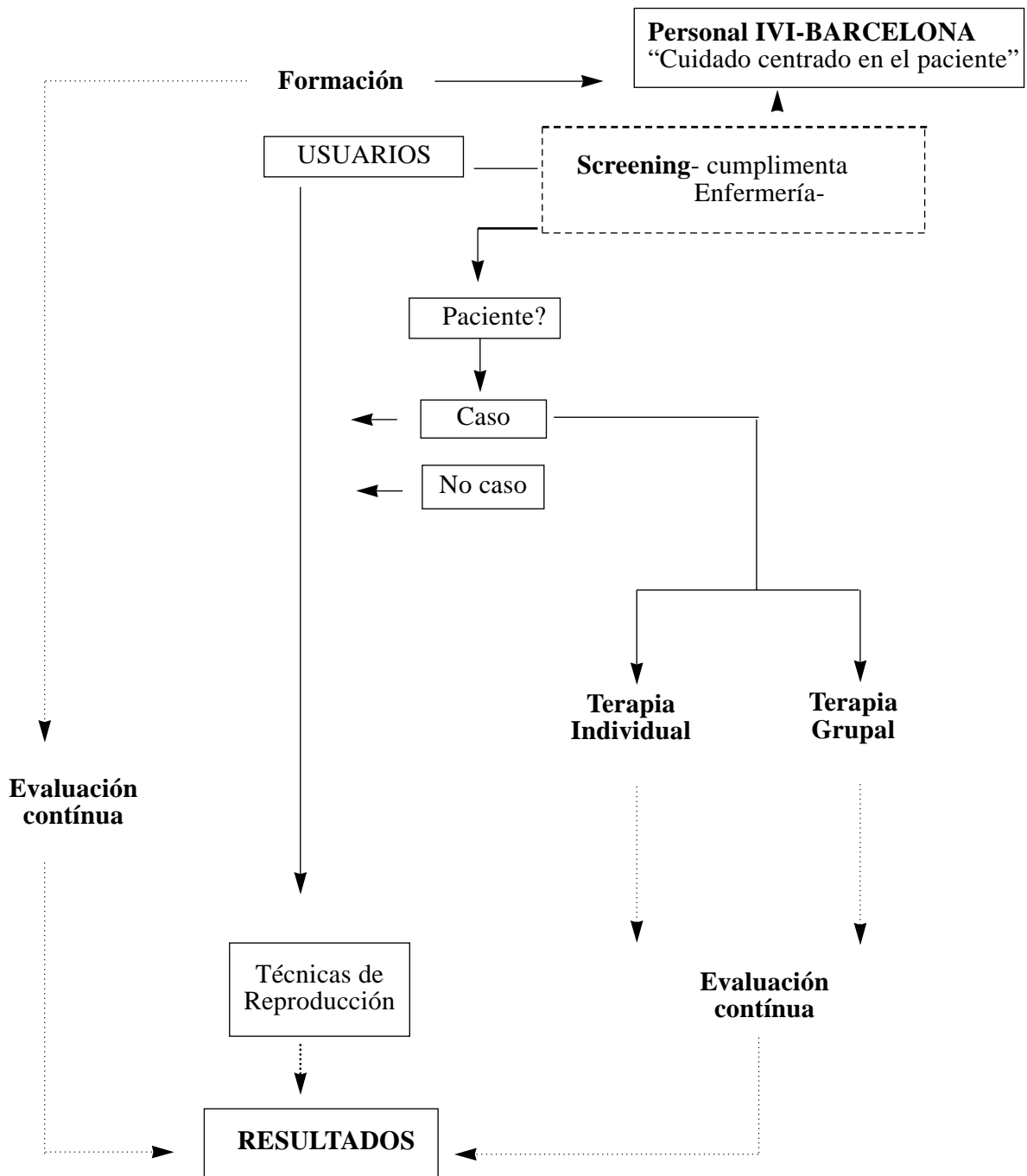
2.9. Grupos terapéuticos. Para la prevención de posibles dificultades emocionales a través de información y de la enseñanza de estrategias de afrontamiento. Dinamizar el apoyo psicológico entre pacientes.

4. Investigación

Descripción de las muestras evaluadas: receptores, donantes

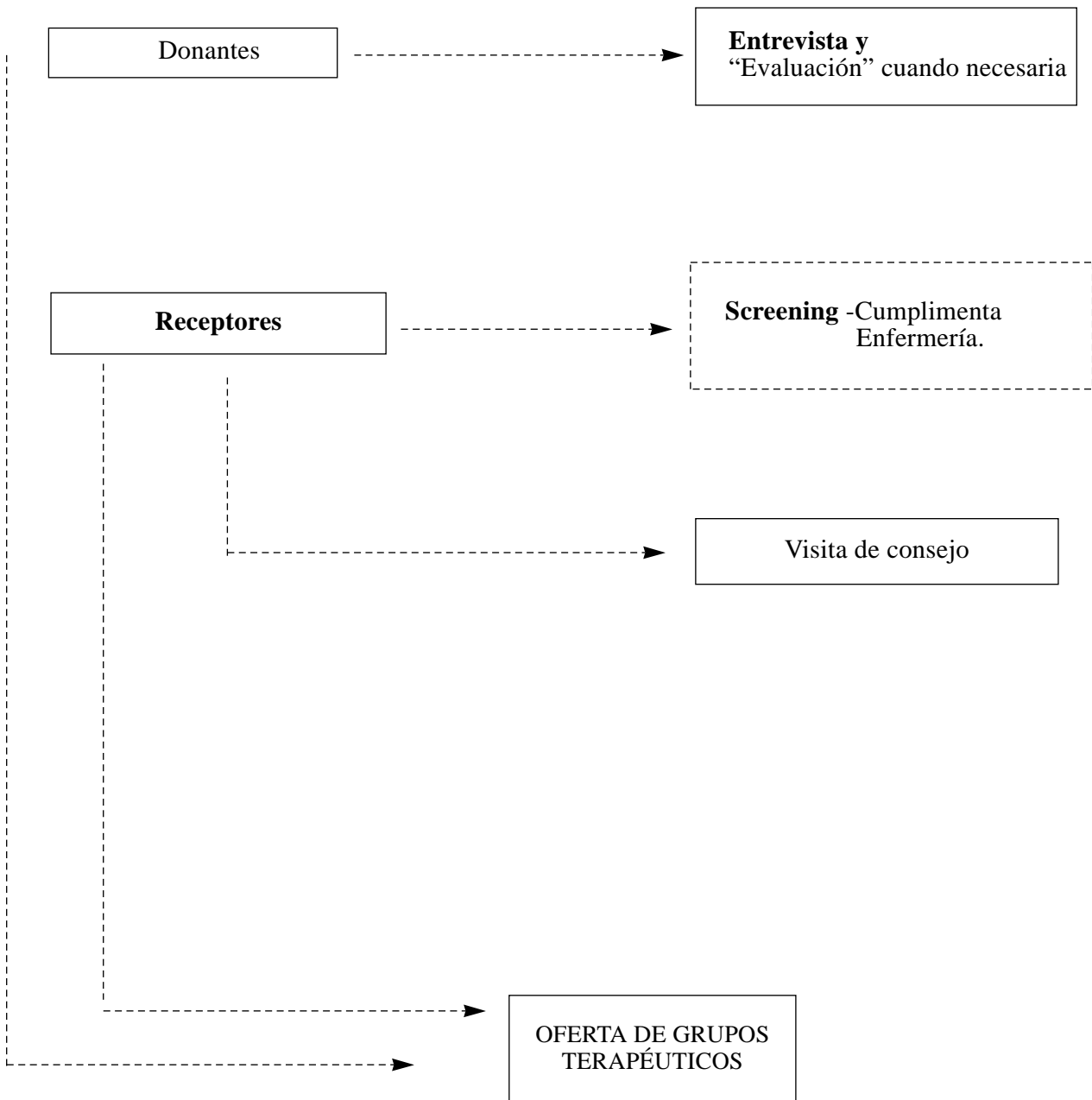
Evaluación del programa de grupos terapéuticos

CIRCUITO GENERAL. Programa metodológico



CASOS PARTICULARES. Metodología

Donantes, Receptores



CASOS PARTICULARES. Metodología

Primeras visitas y ciclo/s no evaluados previamente

