

1. Un caso de Trastorno de Adaptación con síntomas de Ansiedad y Depresión condicionadas a problemas de fertilidad y lugar de trabajo.

2. Introducción

El impacto psicológico de la infertilidad y su tratamiento es un aspecto que ha sido ampliamente descrito tanto en España como en otros países (Domar, Zuttermeister y Friedman, 1993, Guerra, Bayó-Borràs, Cánovas y Sentís, 2005; Cousineau y cols, 2007; Rockliff y cols, 2014).

Aunque las parejas infértiles pueden considerarse psicológicamente sanas en general (Edelmann y cols, 1994), varios estudios indican que los tratamientos de infertilidad se asocian con mayores niveles de síntomas psicológicos como son los sentimientos de depresión y ansiedad (Stanton y Dunkel-Schetter 1991; Eugster y Vingerhoets, 1999). Los sentimientos de pérdida, el dolor, la ira y la tristeza no son infrecuentes, y las parejas a menudo refieren sentimientos de infravaloración corporal, baja autoestima, vergüenza y culpabilización (Benyamini y cols, 2009).

Muchas parejas infravaloran la necesidad de intervención en aquellos aspectos psicosociales que entorpecen el curso del tratamiento al no considerar el efecto positivo de la orientación biopsicosocial y de las intervenciones psicológicas específicas para gestionar la ansiedad, depresión y estrés durante los tratamientos reproductivos.

A continuación se presenta un caso clínico en el que se describe la reacción psicológica de una mujer sin antecedentes psicopatológicos previos, que surge en el contexto de una situación vital relacionada con la búsqueda de un embarazo, y el proceso de afrontamiento al diagnóstico de infertilidad y posterior tratamiento de reproducción asistida, condicionada a su vez por su entorno laboral. Asimismo se describe la intervención terapéutica llevada a cabo.

3.- MÉTODO

- 3.1. Descripción del caso.

Ana es una mujer casada de 35 años, es enfermera y se encuentra realizando la residencia como especialista en enfermería familiar y comunitaria, rotando de forma temporal en la planta de neonatos de la maternidad de un hospital público.

Acude a nuestra clínica de reproducción asistida tras dos años intentando quedarse embarazada. La valoración médico-ginecológica deriva en identificar una oligozoospermia y una polipectomía endometrial (de la que había sido operada meses atrás) e hipotiroidismo subclínico, como diagnósticos objetos de intervención a la hora de un adecuado abordaje ante el tratamiento de reproducción asistida demandado.

Se recomienda un seguimiento exhaustivo endocrino previo al inicio del tratamiento de FIV (fecundación in vitro) / ICSI (inyección intracitoplasmática) recomendado.

-3.2 Motivo de consulta.

El motivo de consulta a nuestro departamento de psicología es un estado de ánimo depresivo con sentimientos de desvalorización, frustración y desaliento e ideaciones suicidas, un alto grado de ansiedad con sintomatología manifiesta, y una situación problemática en sus relaciones de pareja y sociolaborales. Los problemas más relevantes están relacionados con un malestar generalizado a la hora de afrontar situaciones sociales ante las que siente mucha presión por parte de su pareja, un estado de ansiedad manifiesto durante su jornada laboral y un estado emocional inestable. El patrón de comportamiento está caracterizado por conductas depresivas que ilustran una significativa falta de motivación, sentimientos de soledad y pensamientos negativos recurrentes sobre su capacidad para ser madre, para salvar su pareja y para desarrollar su trabajo de forma competente. Ha recibido atención psicológica hace un año de forma irregular; consciente de necesitar ayuda, decide iniciar tratamiento con mayor continuidad, dedicación e implicación.

-3.3. Historia y Evaluación del problema

Ana decide iniciar la búsqueda de su maternidad, a petición y por deseo expreso de su pareja. Laboralmente compagina la realización de un Máster de Investigación con su trabajo como enfermera, y durante los primeros meses vive como un alivio, lo que más tarde se convertiría en un problema que altera de forma patológica, su estado de bienestar

En **su historia** es especialmente relevante el fallecimiento de su padre a los 11 años, lo que según refiere *"la hace madurar antes y hacerse un persona responsable: cuidadora de su madre y hermanos"*. Sus relaciones sociales a partir de ese momento se establecen desde el cuidado hacia el otro y desde la necesidad de la paciente de "evitarles a los demás sufrimientos que ella ya ha padecido". Su trabajo como enfermera le permite satisfacer sus necesidades emocionales a este nivel, y más en concreto su trabajo con

niños, que tras acabar su residencia, se desarrolla en la consulta de pediatría de un Centro de Salud

En el momento en el que Ana comienza a recibir ayuda para su problema de fertilidad, ya la situación es para ella difícil de sobrellevar: llevan dos años intentando ser padres y esto ha supuesto una manifiesta situación de desajuste y desequilibrio marital.

A **nivel de pareja**, la relación había sido muy buena hasta que la búsqueda de embarazo, hizo frecuentes la expresión de reproches, sentimientos de culpa e incomprensión en ambos: ejemplos de ello son expresiones como *"cuando le he necesitado no ha estado, y con eso le he machacado"*, *"no entiende que efectivamente tenemos problemas de fertilidad y lo que me transmite es que yo soy un bicho raro, y que tampoco es para tanto"*, *"piensa que me estoy quejando constantemente y su frase preferida es 'ya estás otra vez'."*

Él le reprocha estar apartándose de todos los amigos, tener serias confrontaciones con el núcleo familiar y estar viviendo de forma sobreexagerada las consecuencias de no haber podido aún procrear. Llevan un tiempo en el que el número de discusiones ha aumentado considerablemente, han disminuido las actividades gratificantes conjuntas y la tensión emocional en sus interacciones está afectando claramente al bienestar y la calidad de la vida en pareja. El ha optado por evitar todo tipo de confrontación por lo que han disminuido considerablemente los momentos de interacción.

En relación a su **situación laboral**, su rotación por la UVI de una unidad de neonatos, ha supuesto para Ana una experiencia difícil; aunque es adecuado el desarrollo de sus funciones, se ve afectada cada vez más, tanto por las patologías con las que se encuentra, como por el hecho de no conseguir embarazo. Comienza a desarrollar patrones de conductas depresivas y de ansiedad, y le invaden emociones ambivalentes, derivadas de su frustración por no lograr embarazo, a la par que un miedo cada vez más manifiesto ante las posibles dificultades futuras en caso de conseguirlo, de las que ella misma es espectadora en su trabajo. La exposición continuada a situaciones relacionadas con el mundo del embarazo y de los niños, deriva en la aparición de respuestas de ansiedad condicionadas tanto fisiológicas como cognitivas y el desarrollo de respuestas de evitación que refuerzan negativamente las anteriores, y que ponen de manifiesto un patrón de funcionamiento desadaptativo.

Cuando comienza a trabajar en la consulta de pediatría en Atención Primaria, se añaden además problemas derivados del propio servicio: su contratación provoca rivalidades, el clima laboral es hostil y la carga asistencial en el turno que ella desarrolla, provocan cada vez más problemas manifiestos entre compañeros. Se intensifican con ello, su sentimientos de soledad, su baja autoestima y percepción de incapacidad *"para salir de la crisis vital en la que se encuentra"* y pensamientos negativos catastrofistas que en algún momento se manifiestan con ideación suicida. Desarrolla un miedo incontrolado a que todo salga mal, además de tener imágenes intrusivas recurrentes de lo vivido en la UVI de neonatos.

Ana se considera **una persona** emocionalmente dependiente, por lo que la pérdida de reforzadores emocionales (pruebas de afecto, reconocimiento social de las habilidades relacionadas con el sacrificio y fortaleza personal hasta ahora ejemplo de su competencia y valía), y la aparición de respuestas sociales y autoverbalizaciones de castigo, suponen para ella una situación de gran inestabilidad emocional, sintiéndose cada vez más deprimida y sin ganas de relacionarse socialmente.

Se realizan dos entrevistas de evaluación, previas a la identificación de objetivos terapéuticos y al diseño del tratamiento. Una vez recogida la información más relevante sobre su historia, e identificadas las variables tanto disposicionales como precipitadoras de las conductas problema, se establecen varios objetivos de intervención. Dichos objetivos persiguen aumentar las habilidades de afrontamiento necesarias para restablecer el ajuste marital y social, disminuir las respuestas de ansiedad tanto fisiológicas como cognitivas asociadas al trabajo, e intervenir sobre las cogniciones recurrentes y creencias irracionales existentes, agravadas por el tratamiento de reproducción asistida y la durabilidad del mismo.

4. Diagnóstico y diagnóstico diferencial

Tras integrar la información recabada durante la fase de evaluación y desde una perspectiva sindrómica la paciente presentaría un síndrome ansioso depresivo caracterizado por:

1. Predominio de síntomas depresivos y ansiosos
2. Síntomas ansiosos neurovegetativos
3. Existencia de una preocupación por su futuro
4. Sentimientos de inferioridad y culpabilidad
5. Rasgos dependientes de personalidad

que estarían provocando una marcada repercusión funcional tanto a nivel de relación de pareja como a nivel interpersonal y laboral. Entre los factores de estrés precipitantes podemos destacar:

1. Entorno laboral: la paciente trabaja como enfermera en una consulta pediátrica
2. Dificultades de comunicación y ajuste marital a raíz de la búsqueda de embarazo
3. Situación vital: relaciones familiares y sociales mediatizadas por la expectativa de embarazo y los cada vez más embarazos y nacimientos en el entorno más cercano respectivamente.

Este cuadro clínico cumpliría los criterios diagnósticos para un Trastorno de Adaptación según la Asociación Americana de Psiquiatría del subtipo mixto (American Psychiatric Association, 2013) (Tabla1).

Tabla 1 Criterios DSM 5 Trastorno de Adaptación
A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
B. Los síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo: <ol style="list-style-type: none"> 1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante 2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente
D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses

Desde una perspectiva diagnóstica categorial se realiza el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades clínicas:

1. Trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo: al igual que el T. de adaptación requieren la presencia de un estresante psicosocial. Sin embargo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo se caracterizan por la presencia de un estresante extremo y una constelación de síntomas específicos.
2. En relación a los Trastornos de la personalidad, cuando se cumplen los criterios para un T. de adaptación y la alteración relacionada con el estrés sobrepasa la que se podría atribuir a los síntomas desadaptativos del T. de la personalidad, es entonces cuando se debería de establecer el diagnóstico de T. de adaptación.
3. En los factores psicológicos que influyen en otras condiciones médicas, los síntomas psicológicos específicos, los comportamientos y otros factores que empeoran la patología médica, complican el tratamiento de las enfermedades o aumentan la probabilidad de que se presenten.
4. En general, el duelo es diagnosticado en vez de trastorno adaptativo cuando se da una reacción esperable en respuesta a la muerte de un ser querido. El diagnóstico de trastorno adaptativo puede ser apropiado cuando la reacción excede o es más prolongada de lo que cabría esperar.
5. El trastorno adaptativo debe distinguirse también de otras reacciones no patológicas al estrés que no provocan un malestar superior al esperable y que no causan un deterioro significativo de la actividad social o laboral.

5. Tratamiento

El tratamiento de fertilidad llevado a cabo se ve interrumpido en dos ocasiones: una de ellas por una etapa de formación en la que la paciente obtiene una especialidad dentro de enfermería, y tras ella una convocatoria de oposiciones a plazas de enfermería de su comunidad autónoma a las que decide optar; y una segunda etapa producto de la primera y única estimulación hormonal recibida. Tras la punción realizada al finalizar la fase de estimulación, el número de ovocitos obtenidos es significativamente elevado, lo que deriva en un Síndrome de Hiperestimulación Ovárica que supone para la paciente un periodo de recuperación física prolongado y una consecuencias emocionales que agravan su estado psicológico, (*"me siento hundida, no tengo ganas de levantarme, todo se me hace todo cuesta arriba, me siento muy deprimida, sé que nunca voy a conseguirlo"*).

5.1 Objetivos

- Reconducir la relación de pareja, aumentando el número de actividades gratificantes conjuntas, así como el repertorio de habilidades de comunicación disponibles para establecer interacciones más positivas y un manejo más eficaz y asertivo ante los "temas fuente de conflicto".
- Restablecer un adecuado afrontamiento al trabajo, tanto en relación a las funciones que desempeña con niños, como en la relación que mantiene con sus compañeros.
- Aumento de respuestas de afrontamiento más adaptativas ante situaciones sociales y familiares en las que los niños o los embarazos están presentes, y se hacen manifiestas las dificultades de fertilidad.
- Gestión de las ideas irracionales y distorsiones cognitivas identificadas
- Disminución de patrones conductuales depresivos tanto a nivel motor, cognitivo como fisiológico.
- Desensibilizar respuestas condicionadas claramente incompatibles con el buen desempeño de las competencias laborales que requiere su trabajo en la consulta de pediatría

5.2 Aplicación y técnicas

- Desensibilización sistemática in vivo de respuestas fisiológicas condicionadas a situaciones laborales
- Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson y Respiración Diafragmática

- Parada de pensamiento y Estrategias de distracción ante pensamientos negativos automáticos y recurrentes
- Identificación y Planificación de respuestas incompatibles a la ansiedad producida por pensamientos recurrentes negativos
- Entrenamiento en Inoculación de Estrés (Autoinstrucciones antes, durante, y después de afrontamientos adaptativos a situaciones laborales)
- EMDR ante experiencias vividas en la unidad de Neonatos que resultaron ser traumáticas para Ana
- Dispensación e intercambio de refuerzos entre la pareja y aumento de actividades gratificantes compartidas
- Habilidades de comunicación con la pareja y el entorno socio laboral
Entrenamiento en respuestas asertivas específicas en su entorno laboral
- Visualización y planificación de afrontamientos de éxito en situaciones laborales relacionadas con niños y compañeros de trabajo
- Terapia racional emotiva y Reestructuración cognitiva de creencias, pensamientos y expectativas disfuncionales.
- Estrategias de autorrefuerzo

Se realizaron un total de 14 sesiones: dos sesiones de evaluación, 9 sesiones de intervención y 3 sesiones de seguimiento.

El desarrollo de los contenidos de intervención se detalla a continuación:

- Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson y Respiración Diafragmática como herramientas reductoras de ansiedad.
- Identificación de situaciones sociales evitadas y entrenamiento en sesión de respuestas asertivas y patrones de respuesta más adaptativos significativas: con amigas, otras parejas, suegra, primos, etc.
- Visualización de situaciones laborales hasta ahora percibidas como problema. En ellas se entrena a Ana a que se perciba competente, sin sintomatología fisiológica, y con un repertorio de respuestas cognitivas y motoras amplio. El entrenamiento en visualización refuerza la recuperación de autoestima profesional y desensibiliza respuestas condicionadas desadaptativas: ejemplos de ello son nacimientos de niños con algún problema o patología o interacciones laborales en las que algunas madres de pacientes de Ana, explicitan problemas en relación al parto o a las

dificultades vividas durante el embarazo, y que en ella disparaban rabia, envidia y pensamientos como *"no es justo, por lo menos ellas son madres."*

- Sesiones de Reestructuración Cognitiva:
 - ✓ entrenamiento en recursos para identificar pensamientos y creencias irracionales,
 - ✓ elaboración de diálogos internos facilitadores del afrontamiento y reconocimiento de respuestas emocionales positivas de ellos derivados.
 - ✓ reconocimiento de la desaparición de respuestas emocionales negativas ante creencias y pensamientos racionales más adaptativos.
 - ✓ identificación y reestructuración de atribuciones erróneas

"No debería estar así", "no tengo derecho a sentirme así", "no me quiero", no debo sentir ni pensar esto", "no me gustan muchas cosas de mí", "debería exigirme más", "siempre pienso en lo que los demás pensarán"

"Acepto que me puedo equivocar y hacer cosas mal", "sé que a los demás no tiene por qué gustarle lo que hago", "no necesito la aprobación de los demás sino la mía", "he hecho todo lo que he podido", "me siento más fuerte y me visualizo eficaz", "valoro lo que tengo", "sé que estoy mejorando"

- Entrenamiento en el control de pensamientos automáticos negativos de naturaleza anticipatoria.
- Manejo de la tolerancia a la frustración
- Entrenamiento en el uso del humor y la creatividad como herramienta de afrontamiento con la población infantil
- Focalización y atención plena en las distintas situaciones vividas, afrontadas de forma exitosa.
- Entrenamiento en control de impulsos, reconocimiento de emociones y gestión del diálogo interno
- Entrenamiento en habilidades asertivas: pedir cambios, expresión de emociones y opiniones, y búsqueda de respeto.

Las sesiones de Seguimiento se llevaron a cabo al mes, tres y seis meses del alta de Ana comprobándose el mantenimiento de los cambios.

6. Resultados

Tras la intervención realizada, se alcanzaron la práctica totalidad de los objetivos negociados con Ana, dado que su grado de adherencia al tratamiento fue muy alto.

Ana fue capaz de afrontar con éxito todas las situaciones que en el **entorno laboral** dificultaban su rendimiento y la consiguiente satisfacción personal en su desempeño: mejoró considerablemente la interacción con sus compañeros utilizando habilidades de comunicación y respuestas asertivas en situaciones comprometidas; se levantaba con ánimo para ir a trabajar y le satisfacía su labor con los niños, tanto en las tareas propias de enfermería como en las habilidades de persuasión, creatividad y uso del humor, que fomentaban su nivel implicación y su percepción de competencia y logro.

En sus **relaciones sociales**, Ana afrontó de forma asertiva todas las situaciones que con anterioridad a la terapia le habían generado algún conflicto con personas concretas y recuperó la frecuencia de interacciones con su entorno habitual, neutralizando el malestar y la ansiedad condicionada a noticias de embarazos y encuentros " con niños".

Su **relación de pareja** mejoró considerablemente: aumentaron la frecuencia de encuentros y actividades compartidas gratificantes y disminuyeron el número de discusiones e intercambio de reproches, así como las situaciones de conflicto. Además una nueva forma de comunicarse y hacer explícita la expresión de emociones, facilitó un abordaje más positivo y en pareja de las diferentes fases del proceso reproductivo y las dificultades del mismo derivadas.

A **nivel personal**, Ana recuperó un alto nivel de satisfacción vital, sentía ganas de vivir, le motivaba ir a trabajar, desaparecieron todos los pensamientos negativos relacionados con su vida, los demás y su futuro, modificó creencias irracionales (que dificultaban la aceptación de sus limitaciones, la no controlabilidad de muchas variables en situaciones cotidianas y la desaprobación de los demás), y su percepción de autoestima y competencia personal era positiva, como así lo fueron manifestando los diferentes autorregistros que Ana entregaba en cada sesión de terapia.

Finalmente Ana informó de su embarazo en la segunda sesión de seguimiento realizada a los tres meses del alta terapéutica.

A modo ilustrativo se adjuntan algunas autorrevelaciones de cómo ella se percibe tras el tratamiento psicológico entresacadas de un autoinforme entregado en una de las sesiones de seguimiento.

"Mi primera sesión fue liberadora, por primera vez en mucho tiempo noté que alguien me comprendía sin juzgarme, y me permitía hacer lícitos mis pensamientos. Trabajamos las emociones y comprobé cómo estas tienen un inicio, un pico y un descenso y la importancia que esto tenía para salir del círculo vicioso, en el que yo me encontraba. Durante ese tiempo trabajamos duro, leí libros de autoayuda que me recomendaba y aplicaba todas las técnicas aprendidas en consulta. Aprendí a expresarme con asertividad, a no callarme aquello que me dolía, y a responder de una forma cordial para no ofender al otro. Me enseñó que en la vida hay que ser flexible y adaptarse a todos los

problemas que la misma te plantea. Me enseñó a ver la vida desde otra perspectiva y a evitar sentirme una víctima de mis circunstancias. Logré cambiar mi actitud ante el reto que la vida me había deparado. A día de hoy les debo lo más preciado que tengo, que es mi hija . Si volviera a nacer volvería a pasar por el mismo proceso, me ha enseñado a valorar lo que tenemos, a vivir el presente y a afrontar la vida desde otra perspectiva, en definitiva a ser mejor persona."

7. Consideraciones finales

A partir de los resultados obtenidos, se considera que el abordaje del tratamiento diseñado de caso único, ha resultado eficaz para el mismo.

Fue especialmente significativa la alta adherencia al tratamiento y la relación terapéutica establecida desde el inicio, hecho que contribuyó positivamente al éxito del mismo.

Resulta difícil establecer una relación directa específica entre las técnicas utilizadas y los resultados que las mismas han supuesto particularmente en los cambios experimentados por Ana. El ritmo y trabajo de objetivos terapéuticos, ha incorporado y utilizado prácticamente la totalidad de las mismas de forma simultánea, en algunos casos ante demandas específicas y concretas de la paciente. Al tratarse de una persona con un trastorno adaptativo en respuesta a una situación de estrés provocado por la coexistencia de problemas de fertilidad y un entorno laboral específico, el repertorio de habilidades previas resulta claramente significativo y explicativo de la rapidez con la que Ana incorpora los cambios derivados de los objetivos trabajados.

Desde una abordaje teórico fundamentalmente cognitivo conductual, ha resultado ser eficaz el manejo de técnicas específicas de otras teorías psicológicas, que han complementado sin duda alguna una intervención más acertada y global en aspectos específicos del tratamiento, ejemplo de ello es el tratamiento de EMDR utilizado para aspectos identificados desde dicha disciplina como traumas recientes y la focalización y atención plena derivada del Mindfulness.

8. Palabras clave

Ansiedad condicionada, depresión, asertividad, habilidades de comunicación, relaciones de pareja

9. Referencias bibliográficas

1. Bayo-Borràs, R., Cànovas, G. y Sentís, M. (2005). Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida. Barcelona: Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya.

2. Cousineau T, Domar A. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21:293-308.
3. Domar AD, Zuttermeister PC, Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1993;14 Suppl:45-52.
4. Edelman RJ, Connolly KJ, Bartlett H. Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *J Psychosom Res* 1994;38:355–64
5. Eugster A, Vingerhoets AJ Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Soc Sci Med* 1999;48:575–89.
6. Guerra D, Llobera A, Veiga A, Barri . Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction* 1988,;13(6): 1733-36.
7. Rockliff HE, Lightman SL, Rhidian E, Buchanan H, Gordon U, Vedhara K.A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in vitro fertilization patients. *Hum Reprod Update*. 2014 Jul-Aug;20(4):594-613.
8. Stanton AL, Dunkel-Schetter C, eds. Infertility: perspectives from stress and coping research. In: *Psychological adjustment to infertility: an overview of conceptual approaches*. The Plenum series on stress and coping New York, NY, USA: Plenum Press, 1991:3–16.
9. *The Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013)*

9.1 Bibliografía recomendada

- ✓ *La asertividad para gente extraordinaria: Eva Bach y Anna Forés. Editorial Plataforma*
- ✓ *Cómo afrontar la infertilidad: Diana Guerra. Editorial planeta*
- ✓ *Quiero ser madre: los secretos de la fertilidad. Juan Antonio García Velasco. Editorial S.L.U. ESPASA LIBROS*
- ✓ *Tus zonas erróneas: Wayne W. Dyer. Editorial Debolsillo*