

TÍTULO DEL CASO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ANTE UN CASO DE DONACIÓN DE OVOCITOS.

Mmar Tirado

1. INTRODUCCIÓN

La infertilidad supone un auténtico desafío para la pareja. Se trata de una situación de crisis vital que irrumpe en su vida provocando un fuerte impacto en todas sus áreas: emocional, comunicativa, social, espiritual, económica, sexual... Estos factores se pueden incluso agravar en los casos de donación de gametos. La pareja se ve obligada a hacer frente a nuevas demandas que surgen de manera inesperada y le obligan a adaptarse a la situación (Rockliff y cols, 2014). En ocasiones, sus recursos personales y/o de pareja no son suficientes para abordar esta situación y surgen síntomas de signo ansioso y depresivo (Eugster y Vingerhoets, 1999). Según Domar (1993), las mujeres infértiles tienen índices altos de ansiedad y depresión, y presentan un nivel de afectación mayor que sus parejas.

Numerosos estudios han señalado la importancia de que los pacientes que se someten a tratamientos de reproducción asistida sean tratados de forma multidisciplinar, es decir, que reciban un soporte tanto a nivel físico como emocional. En los casos de tratamiento con donación de gametos, este soporte se hace aún más relevante, ya que les permitirá expresar sus interrogantes y sus temores ante el tratamiento. Ciertamente, aceptar la idea de que el propio hijo no tendrá la genética de uno de los miembros de la pareja, supone un cambio importante en el planteamiento de paternidad para muchos de los pacientes a los que se les plantea esta opción de tratamiento.

Es por ello que, los grupos de psicología de las diferentes sociedades de fertilidad aconsejan la intervención psicológica y/o apoyo emocional en los casos de donación de gametos. El Grupo de Interés de Psicología de la SEF define que los objetivos del apoyo psicológico en donación de gametos deben ser: 1. Valorar la manera en que la infertilidad y su tratamiento ha afectado a los pacientes. 2. Ayudar a la pareja en la toma de decisión. 3. Discutir asuntos específicos de este tratamiento. 4. Facilitar la expresión de emociones (Dolz, P., 2007). De esta forma se conseguirá una estabilidad emocional que le ayudará a tener una actitud proactiva ante el tratamiento y una mayor seguridad en la decisión tomada.

El caso que a continuación se presenta describe la intervención realizada con una paciente que tuvo que recurrir a la donación de gametos. Se explicarán los diferentes pasos y las intervenciones que se hicieron para facilitar la toma de decisión.

2. MÉTODO

2.1. Descripción del caso.

María y Fernando son una pareja de 30 y 33 años respectivamente, llevan 3 años casados y hace 2 años que están buscando embarazo. Ella es periodista y trabaja como redactora en un periódico local y él es técnico de electricidad pero fue despedido de su empresa hace un año y, actualmente, está ampliando su formación. Tras los estudios diagnósticos oportunos a María se le detectó un Síndrome de Ovarios Poliquísticos y una translocación genética aparentemente equilibrada. Estos hallazgos hicieron que se les recomendara realizar un ciclo de Fecundación in Vitro con Diagnóstico Genético Preimplantatorio (DGP). Para conseguir un número mayor de embriones para analizar, María realizó 2 ciclos de vitrificación de ovocitos previos al ciclo de estimulación en que se realizó la técnica de Fecundación in Vitro, llegando a conseguir un total de 14 embriones fecundados. Se realizó el DGP a 7 embriones, el resto no evolucionaron de forma viable. De los 7 embriones analizados, sólo 1 resultó sano y pudo ser transferido. A pesar del esfuerzo realizado el resultado del tratamiento fue negativo.

Tras la valoración del ciclo, su ginecólogo, les planteó el tratamiento con donación de ovocitos como mejor solución para su caso. No descartaba la opción de hacer un nuevo ciclo con ovocitos propios pero advertía de la alta probabilidad de que se repitieran los resultados negativos. Les derivó a consulta de psicología para ayudar en la toma de decisión.

2.2. Motivo de consulta.

La pareja acude a consulta de psicología una semana después de la cita con su ginecólogo. Se muestran tranquilos, aceptan la donación como mejor opción, pero refieren que ha sido un tratamiento largo y que desean darse un tiempo de descanso antes de retomar el tema. Aunque al tratarse de un primer contacto no se realiza una evaluación profunda, impresiona excesiva racionalización en el planteamiento de la situación y poco espacio para la expresión de la pérdida.

Ambos son emocionalmente estables, no han precisado tratamiento psicológico anterior y refieren tener una buena relación de pareja, mostrándose satisfechos con el apoyo emocional recibido uno del otro (“formamos un buen equipo”). A nivel social y familiar cuentan con una red de apoyo que les resulta igualmente satisfactoria.

Fernando está diagnosticado de Esclerosis múltiple desde hace 5 años pero actualmente su enfermedad está controlada. Aunque en su inicio fue motivo de preocupación, actualmente se sienten tranquilos en lo que se refiere a su evolución.

Dado que han decidido darse un tiempo de desconexión de tema médico y emocionalmente no muestran una demanda de tratamiento, emplazamos a un nuevo encuentro previo al inicio del tratamiento de donación.

Pasado 1 año y 3 meses del primer encuentro, María acude a consulta individual por presentar sintomatología ansiosa y depresiva ante el planteamiento de donación de gametos. Tenían previsto iniciar el tratamiento 3 meses atrás pero han demorado el inicio por no encontrarse bien. Actualmente se siente incapaz de tomar una decisión al respecto. En este momento, inicia el proceso de valoración e intervención. Se realizaron un total de 9 sesiones individuales en las que se trabajó fundamentalmente aspectos relacionados con la toma de decisión ante el tratamiento de donación.

2.3. Historia del problema

María refiere que desde que se acercaba la fecha en la que se habían planteado realizar el tratamiento, no se encuentra bien. Tiene unos cambios emocionales muy bruscos sin tener motivo alguno, crisis de llanto inesperadas y dificultades para conciliar el sueño. Se siente muy irritable, sin ganas de relacionarse y “con muy mal humor y malas formas hacia los familiares más cercanos”. Comenta que tiene días, a los que ella se refiere como “días cueva” en los que se quedaría en la cama y no haría nada, sólo llorar. María siempre ha sido una persona muy positiva y muy activa y se asusta enormemente cuando se ve así, reprochándose esta actitud que no llega a entender. Piensa que su problema reproductivo tiene solución y que no tiene ningún motivo para encontrarse mal, sin embargo, en ocasiones, siente una inmensa rabia y enfado hacia sí misma que le cuesta manejar. A pesar de cómo se siente, María sigue con su ritmo de trabajo habitual y, aunque ha limitado en parte su vida social, sigue manteniendo contacto con los más cercanos.

A nivel profesional, María sigue desarrollando su trabajo con normalidad. Refiere tener un trabajo estresante, que le exige un alto nivel de concentración, pero le gusta mucho y se considera muy válida en su ejecución. La relación con los compañeros es buena y

considera que hay un buen ambiente de trabajo. Tan sólo en una ocasión en el último mes, refiere que se sintió muy desbordada ante una exigencia del puesto y, por los síntomas que expresa, tuvo una crisis de ansiedad leve, cosa que anteriormente nunca le había ocurrido. Esta situación no ha vuelto a repetirse y no le supone un motivo de preocupación.

En lo que respecta a la relación de pareja, se siente satisfecha y apoyada por Fernando, aunque reconoce que él no es consciente de las dificultades que le está suponiendo la decisión. Siempre han tenido una comunicación muy fluida, sin embargo, le cuesta mucho hablar con él sobre sus emociones acerca de la donación. Esta propia limitación le genera malestar.

En el ámbito familiar, María es la menor de 3 hermanos, ambos varones. Tiene tres sobrinos. Su padre falleció cuando ella tenía 17 años y su madre está sana. Madre y hermanos viven en su pueblo natal que se encuentra a algo más de una hora de la ciudad donde ella reside. Su madre está al tanto de su historia de infertilidad, incluido el tema de la donación, sus hermanos no. María valora muy positivamente el apoyo recibido por su madre. Dos amigas íntimas también saben que están en tratamiento de reproducción asistida pero no saben nada de la donación. El resto de familiares y conocidos no sabe nada de su dificultad para tener hijos.

María es una persona que suele conseguir los objetivos que se propone. Se considera una persona luchadora, muy efectiva, trabajadora y le gusta tener siempre todo bajo control. Es muy exigente consigo misma y muy analista y racional a la hora de enfrentarse a cualquier problema.

2.4. Evaluación

La evaluación se hizo en las dos primeras sesiones mediante entrevistas semiestructuradas en las que se fue recogiendo información de diferentes áreas. No se administró ningún cuestionario de valoración.

En estas entrevistas, se pudo comprobar la necesidad de María de entender el mundo que le rodeaba percibiendo control sobre el mismo. Su percepción de control, tenía una clara utilidad práctica: predecir el resultado de lo que ocurrirá en un futuro, reduciendo así su valor estresante. Esta forma de afrontamiento, le había resultado eficaz hasta ahora. Ante esta situación, en la que el desconocimiento a lo que se enfrentaba, el daño a la propia estima y el descubrimiento de emociones complejas de manejar, hacían peligrar su sensación de control, se sintió amenazada y surgieron los síntomas.

3. DIAGNÓSTICO

La paciente presenta sintomatología ansiosa y depresiva relacionada con la idea de tener que recurrir a la donación de gametos para ver cumplido su deseo de maternidad. Esta sintomatología no le impide seguir con su curso de trabajo y de vida social pero sí le ocasiona un malestar intenso. Según Antequera, R. (2008), "la sintomatología depresiva y ansiosa que aparece frente al diagnóstico y tratamiento de reproducción asistida se encuadra en el concepto de desajuste emocional mejor que en el de alteración psicopatológica"

En esta línea, y siguiendo también Guerra D. y col. (2007) se realiza el diagnóstico de un ***Trastorno adaptativo con sintomatología mixta***.

Los trastornos adaptativos son cuadros cuya característica esencial es una respuesta psicológica a uno o varios estresantes identificables que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos. Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante. La respuesta consiste en un acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social, profesional o académica. En este caso, se considera el planteamiento de donación como el estresante identificable. Respecto al tiempo de aparición, a pesar de que han pasado más de 3 meses desde que se planteó en consulta recurrir a la donación, dadas las estrategias de afrontamiento propias de la paciente, la sintomatología inicia cuando se aproxima la fecha en que habían planificado realizar el tratamiento.

4. TRATAMIENTO

4.1. Objetivos

De acuerdo con la paciente, se establecieron los siguientes objetivos terapéuticos:

1. Facilitar una respuesta más adaptativa ante el planteamiento de la donación de gametos que le permita pensar claramente y con tranquilidad en esta alternativa.
2. Disminuir la sintomatología ansiosa y las conductas de naturaleza depresiva.
3. Facilitar información propia del tratamiento y proporcionar ejemplos de otras pacientes que le sirvan de referentes.
4. Resolver las dudas y temores que le plantea este tratamiento y que llegan a bloquear la toma de decisión.

5. Explorar las emociones profundas que le surgen ante la pérdida de la posibilidad de tener hijos con sus propios gametos.
6. Movilizar recursos de afrontamiento que actualmente tiene bloqueados y que en otras circunstancias le han resultado muy efectivos.
7. Cuestionar su necesidad de control y propiciar la búsqueda de otras estrategias más adaptativas.
8. Finalmente, facilitar la toma de decisión respecto al tipo de tratamiento a seguir.

Como ya se ha comentado, se realizaron un total de 9 sesiones. Las 8 primeras tuvieron una cadencia semanal/quincenal, según las obligaciones laborales de la paciente y la última tuvo lugar al mes de la octava sesión. Se realizaron también algunos contactos telefónicos entre las sesiones.

4.2. Aplicación y técnicas

La intervención se realizó desde un modelo ecléctico en el que se aplicaron técnicas específicas de corte cognitivo-conductual (según indicaciones del Modelo del programa Mente-Cuerpo de Alice Domar (2011), técnicas y planteamientos de orientación sistémica y se tuvieron también en cuenta algunas premisas del Modelo de Mindfulness aplicado a Infertilidad (Galhardo A (2013)). Todas las sesiones fueron individuales, aunque se solicitó la colaboración de su pareja en momentos puntuales.

Aunque se partía de una planificación del trabajo a realizar en cada sesión, en la práctica, se mantuvo una actitud flexible y el contenido de algunas de las sesiones se adaptó a la demanda que traía la paciente.

A continuación se describe el modo en que se trabajó cada uno de los objetivos que se han detallado previamente.

1. Facilitar una respuesta más adaptativa ante el planteamiento de la donación de gametos que le permita pensar claramente y con tranquilidad en esta alternativa.

Desde un principio se le explicó a la paciente la respuesta normal ante el planteamiento de la donación y se legitimaron las reacciones que estaba teniendo y que ella misma se reprochaba.

Se trabajó la importancia de aceptar estas emociones como parte natural de su adaptación y como primer paso hacia el planteamiento de la decisión.

Se entrenó a la paciente a identificar pensamientos y creencias irracionales sobre el tema y a sustituirlas por otras más adaptativas.

Por ejemplo: *“En realidad, no tengo ningún motivo para encontrarme mal, sólo tengo una translocación genética q me impide llegar a tener niños sanos, pero tengo a mano la solución.”*. Fue sustituido por: *“Es normal que el hecho de pensar que mi hijo no llegue a tener mi genética me produzca malestar y pena. No debo angustiarme por ello”*.

Hecho este cambio, en las siguientes sesiones, la paciente reconoció la desaparición de respuestas emocionales negativas ante creencias y pensamientos racionales más adaptativos. La aceptación de la emoción, disminuyó su malestar (*Modelo Mindfulness*)

2. Disminuir la sintomatología ansiosa y las conductas de naturaleza depresiva.

Se explicó la respuesta de ansiedad normal, los mecanismos de activación, se entrenó en detección de sensaciones físicas de la ansiedad y se trabajaron técnicas de relajación, concretamente el Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson.

Se analizaron los pensamientos y conductas que se daban en lo que ella llamaba sus “días cueva” y se contextualizaron como una reacción puntual ante el bloqueo que estaba padeciendo.

Se utilizó la técnica de Parada de pensamiento y estrategias de distracción y autoinstrucciones positivas ante pensamientos negativos automáticos y recurrentes.

Se planificaron actividades individuales y con su pareja que le obligaron a vencer momentos de apatía y anhedonia.

3. Facilitar información propia del tratamiento y proporcionar ejemplos de otras pacientes que le sirvan de referentes.

Se planteó la donación como una opción, como una decisión desde su libertad, no como una obligación como parecía que ella lo estaba viviendo. Se animó a valorar también las otras opciones posibles. Ver la donación desde esta perspectiva le liberó de tensión.

Se dio información relativa a la donación: frecuencia, aspectos legales, selección de la donante, vivencias de otras parejas, peso de la herencia genética Vs lo adquirido... Ayudó también trabajar con ella sobre el concepto de epigenética y de la transmisión de información entre madre e hijo tanto dentro como fuera del útero. Se facilitó información escrita sobre estos temas.

4. Resolver las dudas y temores que le plantea este tratamiento y que llegan a bloquear la toma de decisión.

Se normalizaron las dudas, temores e incluso prejuicios que podían surgirle acerca de la donación. Se exploraron y trabajaron en profundidad.

Sus miedos se relacionaban con sus sentimientos en relación a su futuro hijo (cómo se sentirá, qué dirán acerca de los parecidos, si se reconocerá en él, cómo vivirá esta forma de maternidad... Así lo expresaba en algunos escritos que se prescribieron como tareas entre sesiones: *“Me asusta que siempre tenga conmigo la duda, la sombra, la pena...¿Cuándo mire a mi hijo de verdad veré en él a mi hijo o me sentiré una madre de prestado?”*.

Se cuestionaron estas ideas y se sustituyeron por otro enfoque más adaptativo. En ese sentido, se trabajó el significado del concepto “ser madre”, se planteó la donación como una forma más de llegar a ese objetivo. Se situó el origen del niño fruto de la donación, más allá de la genética, en el deseo que tiene una pareja de ser padres. Se definió la renuncia de su genética como un acto de amor y generosidad hacia ese niño que vendría y hacia su pareja y se señaló la importancia de reconocer a su futuro hijo como un “ente” nuevo, con sus cualidades y peculiaridades, pero (al igual que el resto de los humanos) diferente al resto y susceptible de ser amado y querido como cualquier otro, con independencia de la genética que tenga.

Otros miedos se relacionaban con la posibilidad de la comunicación al niño del tema de la donación. María no contemplaba la idea de comunicárselo, temía posibles reacciones. En su entorno, únicamente su madre era concedora de esta opción de tratamiento y se sentía

cómoda y segura con esta forma de manejarlo. Su madre le animaba a dar el paso a la donación y suponía un gran apoyo para ella.

En lo referente al “disclosure”, se analizaron las resistencias que le surgían y se fueron trabajando. Una vez analizadas perdió el miedo a la posibilidad de que llegara a enterarse, sin embargo tenía claro que sería algo que no le comunicaría desde la infancia, así lo había decidido la pareja. No querían que el entorno estuviera al tanto de la situación y tenían claro que si el niño lo sabía, iban a tener que comunicarlo a su entorno. En ese sentido, se les comentó que a pesar de que la mayoría de la literatura científica aconseja que este tema debe ser tratado con normalidad desde los primeros años de la infancia, en última instancia, ellos debían tomar la decisión y era importante que se sintieran cómodos con ella. Se les orientó para que la historia de reproducción asistida formara parte de su historia de familia desde el principio y se le expusieron diferentes vías de comunicación al niño/ joven / adulto el tema de la donación. Se facilitó material, artículos y bibliografía al respecto.

De esta manera, desde el cuestionamiento y la información, se fueron trabajando todos los miedos que tenía y a medida que las sesiones avanzaban, María encontraba notable mejoría.

5. Explorar las emociones profundas que le surgen ante la pérdida de la posibilidad de tener hijos con sus propios gametos.

Para facilitar la expresión de estas emociones, y dada la facilidad de palabra de la paciente, se le indicó como tarea para casa que se situara ante un folio en blanco y que escribiera a cerca de sus emociones ante la pérdida.

A continuación se recogen algunas de las ideas que surgieron y que reflejan claramente uno de los pilares de la psicología cognitiva “No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas”, es decir, lo importante no es lo que pasó, sino la significación que se le da a eso que pasó.

“En cierta forma, que otra mujer me dé lo que no tengo me hace sentir inferior. ¿Será entonces que soy demasiado soberbia? ¿Por qué no acepto con humildad ese regalo? Tengo tantas preguntas y tan pocas respuestas que me falta el aire cuando pienso en todo esto.”

“No hay nada de negativo en la donación, lo que me produce dolor es que mi futuro hijo no tenga mis genes...Lo que me pasa es que aún me enfado con mi realidad. No la he aceptado todavía. El día que de verdad sea capaz de decir “esto es ASÍ”, ya habré dado el paso más importante.”

“Pensar que el óvulo que tendré en mí será de otra mujer me pesa como una losa, me invaden ideas que me hacen mucho daño, como la de pensar que mi maternidad no será de verdad al cien por cien.”

Partiendo de la explicación de que toda pérdida requiere de cicatrización a fin de que el desarrollo humano continúe desplegándose en lugar de estancarse, se le hizo ver cómo su pérdida seguía aún sin cicatrizar. Para trabajar esta pérdida, se profundizó en los planteamientos que se intuían más complejos. Entre ellos, el sentimiento de desvalorización personal que asociaba a la donación. En este sentido, se trabajó la autoestima, haciéndole ver sus fortalezas y debilidades y reconstruyendo una visión más objetiva de sí misma. Se solicitó la participación de su pareja y de su madre para contrastar opiniones.

Una vez que se detectaron las ideas irracionales y pensamientos disfuncionales relacionados con el sentimiento de inferioridad ante la donación se le prescribió el siguiente ritual: esa noche, debía escribir en un papel cada una de esas ideas disfuncionales y, si verdaderamente estaba convencida de que no eran válidas, debía quemarlas. La experiencia resultó positiva y liberadora para la paciente.

Un aspecto que resultó especialmente interesante y llamativo en lo que respecta al trabajo del sentimiento de pérdida fue la conexión que estableció entre la pérdida de su propia genética y la muerte de su padre. María consideraba que con la donación, “su hijo no tendría nada de su padre”. Ella siempre había estado muy unida a su padre y le producía un enorme vacío pensar que su hijo genéticamente no tendría

ningún vínculo con él. Ante esto, se exploró el duelo por su muerte, se confirmó que había quedado bien resuelto pero que ante esta situación, parecía que se estaban despertando de nuevo emociones propias del duelo. Se trabajaron estas emociones, y tras contener y legitimar la pérdida genética, se redefinió el concepto de trascendencia haciendo hincapié en la transmisión de valores, creencias y formas de entender el mundo a través de la educación y la transmisión de información, afecto, cariño de la persona fallecida. Se planteó cuál sería la opinión del padre ante esta situación y se usó la técnica de la "Silla vacía" para facilitar la expresión de emociones hacia él. De esta forma, se trató de sustituir el vínculo genético por el vínculo afectivo.

6. Movilizar recursos de afrontamiento que actualmente tiene bloqueados y que en otras circunstancias le han resultado muy efectivos.

La respuesta de evitación de emociones negativas relacionadas con la donación, le llevaba a María a prescindir de conversaciones profundas con su pareja acerca del tema. De esta forma, María prescindía de un apoyo fundamental que, en otras circunstancias, claramente reconocía le hacía mucho bien, así lo refería en alguna sesión: *"Lo que nos diferencia es que él acepta más rápido la realidad, lo hace siempre y con todo; yo me enzarzo en batallas perdidas, en luchas contra molinos que no me llevan a ningún sitio. Él es mucho más práctico y más claro en sus planteamientos"*.

De esta forma, una vez que se fueron definiendo y señalando las emociones trabajadas en consulta se animó a María a que las compartiera con su pareja. Este paso le ayudó mucho en su manejo de la situación, ya que Fernando siempre había sido para ella una fuente de apoyo fundamental. También se facilitó que la paciente tratara el tema de su tratamiento de reproducción asistida con sus hermanos y que hablara más frecuentemente con una amiga íntima que en otras ocasiones complejas le había resultado de gran apoyo.

7. Cuestionar su necesidad de control y propiciar la búsqueda de otras estrategias más adaptativas.

Ya se ha mencionado que María se definía como una persona muy controladora en todos los sentidos. A lo largo de las sesiones, cada vez

que se intuía esta necesidad de control se le hacía un señalamiento y se cuestionaba la utilidad de esta necesidad. Con el tiempo, ella misma detectaba y cuestionaba sus propios planteamientos.

8. Finalmente, facilitar la toma de decisión respecto al tipo de tratamiento a seguir.

Una vez que a nivel emocional la paciente se sentía preparada para hablar sobre la donación con mayor tranquilidad, se planteó un trabajo de facilitación de toma de decisiones, dando una información más detallada de cada modalidad de tratamiento a seguir, dándose las siguientes alternativas: Donación, ciclo con propios, adopción, cierre de etapa. Finalmente, la paciente se decantó por el tratamiento de donación.

5. RESULTADOS

Desde los primeros encuentros, se fue percibiendo la mejoría de la paciente. La legitimización y normalización de sus emociones, se considera que fue un punto de partida importante para poder seguir avanzando en el trabajo.

Si bien en algunas de los encuentros, María iniciaba la sesión refiriendo un problema o dificultad concreta que había surgido en la semana relacionado concretamente con el tema de la donación o con su propia evolución personal, a lo largo de la sesión ella misma se daba respuesta a algunas de las cuestiones que planteaba y la sesión, en sí mismo, resultaba muy terapéutica.

Hubo sesiones muy intensas en el sentido de que fueron una auténtica descarga emocional para la paciente, con llanto intenso y duras verbalizaciones, pero finalizada la sesión, la misma paciente refería su beneficio.

Así lo refería la propia paciente en una carta que escribió siendo ya madre. *“Estar sentada allí nunca fue sencillo. En aquellas charlas me desahogaba, lloraba, me enfadaba con la vida, me asaltaban mil preguntas, aparentaba que ya lo entendía todo, me rendía y volvía a enfadarme, ...un torbellino de sentimientos que poco a poco fueron poniéndose en su sitio, igual que llega la calma después de un temporal. Igual que el cuerpo se apacigua después de un gran esfuerzo.”*

La sintomatología ansiosa y depresiva fue desapareciendo gradualmente y ella misma refirió una notable mejoría en todas las áreas.

Quizás la prueba más notable de la eficacia del tratamiento aplicado fue la toma de una decisión meditada, tranquila y segura hacia el tratamiento de donación.

Una vez que la paciente tomó la decisión, se volvió a tener una sesión con la pareja para comprobar cómo había vivido Fernando el proceso de cambio. Él se encontraba tranquilo y relajado respecto al tema y contento de los cambios que había visto en María.

A las 2 semanas de la 8ª sesión, se contactó telefónicamente con la paciente. Tras comprobar que seguían los cambios conseguidos se emplazó a otra sesión presencial 2 semanas más tarde.

Tras esta sesión, la paciente comunicó a su ginecólogo la decisión de hacer el tratamiento de donación y se inició la búsqueda de donante. Al mes inició su tratamiento, logrando embarazo en el primer ciclo de tratamiento. Se mantuvieron 3 contactos telefónicos a lo largo del embarazo, ofreciéndole la posibilidad de acudir a una sesión en caso de que lo considerara necesario. María no lo estimó oportuno, ya que su estado de ánimo era muy bueno.

Una vez que tuvo a su hija, vino a la clínica para presentárnosla y se ofreció a ayudar a otras pacientes que estuvieran en su situación. Se le pidió que hiciera un escrito para expresar cómo había vivido la maternidad, los párrafos que siguen se han tomado de este documento:

“(..).Desde la distancia y la felicidad de ver a mi hijo en la cuna, revisar lo que entonces sentí es raro, muy raro, porque ahora nada importan aquellas dudas, aquellas inseguridades, aquellas cuestiones que parecían sin respuesta. Ya no tienen el peso que entonces creí.(..)

“(..). Ahora, con los ojos de mi hijo mirándome, con su mano en mi pecho o acariciando mi cara; ahora escuchando su respiración mientras duerme, consolando su llanto, nada importa. Mi hijo es mío. Tan mío que míos son sus dolores, sus desvelos, sus risas y su llanto; míos serán sus temores, sus ilusiones, sus preocupaciones, su primer amor y sus desengaños. Es mía su felicidad y mío el inmenso e inexplicable placer de acompañarle en la vida. Porque ser madre, ser padres es eso: enseñar a vivir, a disfrutar de los momentos buenos, a saber llevar los malos; ser madre es sólo SER, no implica ningún verbo más...”

6. CONCLUSIONES

El caso presentado se considera un “caso tipo” de las consultas de psicología de Reproducción Asistida. Los pacientes que acuden a nuestros centros no suelen ser pacientes con una psicopatología grave y complicada de modificar. En muchas ocasiones son pacientes con estabilidad emocional, buenos recursos personales y habilidades de afrontamiento, que se ven bloqueados ante la situación actual y que precisan de un apoyo puntual para salir de ella.

Una característica muy positiva de María y que sin duda ayudó mucho al éxito de la terapia fue el reconocimiento de necesidad de ayuda, es decir, la demanda clara de tratamiento y la apertura y confianza en el trabajo que se iba realizando. Esto facilitó mucho la relación terapéutica y la adherencia al tratamiento. Se considera una limitación importante a la hora de trabajar con pacientes con problemas de infertilidad el hecho de que muchos de ellos, aunque están viviendo una situación de sufrimiento importante, no reconocen esta demanda y a pesar de que se les ofrece y recomienda la ayuda, no llegan a realizar las sesiones de apoyo psicológico.

Otra característica de María que igualmente facilitó su evolución fue su capacidad para analizar y verbalizar sus propias emociones. Ejemplo de ello son algunas de los párrafos que se han insertado en el desarrollo del caso, sólo una pequeña muestra de diferentes documentos que fue escribiendo a lo largo del tratamiento. Esta facilidad de expresión sin duda puede ser considerada en sí misma terapéutica.

Merece la pena señalar que, en la práctica clínica, con frecuencia he encontrado que pacientes que se plantean la donación y que han perdido a alguno de sus padres y tenían una vinculación especial con ellos, es relativamente frecuente tener un sentimiento de vacío similar al que expresaba María. Se hace relevante explorar en este sentido y profundizar en los sentimientos que se estén movilizando.

Como se ha comentado en la introducción, desde las diferentes Sociedades de Fertilidad se recomienda el apoyo psicológico en los tratamientos de donación. Verdaderamente, sería altamente deseable que todos los pacientes se den la oportunidad de llegar a la donación de una forma tan meditada y segura como lo ha hecho esta paciente con la que tuve la gran satisfacción de trabajar (y conocer). Desde aquí mi agradecimiento y reconocimiento hacia ella.

7. PALABRAS CLAVE

Infertilidad. Donación de óvulos. Psicología. Trastorno adaptativo.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antequera, R. (2008): Principales Trastornos Psicológicos asociados a la Infertilidad. En Monográfico Infertilidad y Psicología de la Reproducción. Papeles del Psicólogo. Vol 29-2008
2. Dolz, P. (2007): Apoyo Psicológico en pacientes que recurren a tratamientos de reproducción asistida con donación de gametos. En Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida (Monográfico). Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana. 2007
3. Domar, A.D., Zuttermeister, P.C. y Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14-CY, 45-52.
4. Domar, A. D. (2011): Impact of a group mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. *Fertil Steril*. 2011 Jun;95(7):2269-73. Epub 2011 Apr 15.
5. Eugster y Vingerhoets, (1999): The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum. Reprod. Update* (2009) 15 (3): 279-295.
6. Flores, N., Jenaro, C. y Moreno-Rosset, C. (2008). Terapia de pareja en infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29, 2005-212.
7. Galhardo A (2013): Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study. *Fertil Steril*. 2013 Oct;100(4):1059-67. Epub 2013 Jun 27
8. Guerra, D. (2007): Intervención Psicológica en Medicina de la Reproducción Asistida. En Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida (Monográfico). Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana. 2007
9. Moreno, C. (2000): Factores Psicológicos de la Infertilidad. Madrid. Edit. Sanz y Torres.
10. 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.

9. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Dolz, P. (2007): Apoyo Psicológico en pacientes que recurren a tratamientos de reproducción asistida con donación de gametos. En Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida (Monográfico). Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana. 2007
2. Hummer Burns L. & Covington SN (2000): Infertility Counselling. Paterthron Pubilshing. New York.
3. Cómo afrontar la infertilidad: Diana Guerra. Editorial planeta