



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

clin-salud@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

Moreno Rosset, Carmen; Antequera Jurado, Rosario; Jenaro Río, Cristina; Gómez Sánchez, Yolanda
La Psicología de la Reproducción: la Necesidad del Psicólogo en las Unidades de Reproducción
Humana

Clínica y Salud, vol. 20, núm. 1, 2009, pp. 79-90

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613880007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La Psicología de la Reproducción: la Necesidad del Psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana

Reproductive Psychology: the Need for a Psychologist in Human Reproduction Units

Carmen Moreno Rosset
Universidad Nacional de Educación a Distancia

Rosario Antequera Jurado
Universidad de Sevilla

Cristina Jenaro Río
Universidad de Salamanca

Yolanda Gómez Sánchez
Universidad Nacional de Educación a Distancia

Resumen. El presente trabajo justifica que la infertilidad es un tema central de la Psicología de la Reproducción y la necesidad del psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. La muestra está compuesta por 485 sujetos infértiles pertenecientes a Unidades de Reproducción Humana de dos Hospitales Universitarios españoles. Se realiza el análisis de las respuestas obtenidas en tres entrevistas semiestructuradas aplicadas en distintos momentos del proceso de diagnóstico y tratamiento de reproducción asistida. Las respuestas obtenidas a través de los instrumentos de evaluación psicológica se han agrupado en función de las siguientes variables: 1) tiempo, 2) información, 3) apoyos sociales y 4) equilibrio emocional. Los resultados obtenidos ponen de relieve algunas de las demandas y necesidades de las parejas infértiles españolas que deben ser abordadas desde la Psicología de la Reproducción.

Palabras clave: infertilidad, psicología de la reproducción, técnicas de reproducción asistida.

Abstract. The present study justifies the relevance of infertility as a key topic in Reproductive Psychology and the need for a psychologist in Human Reproduction Units. The sample consisted of 485 infertile participants who attended two Spanish University Hospitals. The responses to three semi-structured interviews conducted in different phases of the diagnostic and treatment process of assisted reproduction were analyzed. Responses collected from psychological assessment measures were grouped into five categories: 1) time, 2) information, 3) social supports, and 5) emotional balance. Results revealed some of the demands and needs of Spanish infertile couples to be addressed by Reproductive Psychology.

Key words: infertility, reproductive psychology, assisted reproduction techniques.

Agradecimientos. Los datos de la presente publicación son parte del Proyecto I+D+I financiado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer "Consecuencias psicológicas y psicosociales de los tratamientos de infertilidad en las mujeres: evaluación e intervención". Expte. 11/00.

Agradecemos la participación y colaboración de las Unidades de Reproducción Humana de los Hospitales Universitarios Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Madrid), y Virgen Macarena de Sevilla. Agradecimiento especial merecen las parejas que voluntariamente han participado en el estudio y sin cuya aportación no hubiera sido posible su realización.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la primera autora a la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Dpto. de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. C/ Juan de Rosales, nº 10. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid. E-mail: cmorenor@psi.uned.es

Introducción

La Psicología de la Reproducción representa una nueva disciplina de la Psicología de la Salud, y por tanto, un nuevo campo interdisciplinar de actuación para el psicólogo (Moreno, 2000, 2002, 2004, 2008). Esta nomenclatura parte de la denominación utilizada en medicina o biología (Medicina de la Reproducción o Biología de la Reproducción), como lo han hecho otras especialidades de la Psicología que pueden considerarse sanitarias (Buela-Casal, 2004).

La Psicología de la Reproducción puede prevenir y/o tratar cualquier alteración psicológica que se relacione con el ciclo reproductivo desde la pubertad hasta la fase adulta. En consecuencia, la actuación del psicólogo puede requerirse en cualquiera de las fases evolutivas del ser humano, sin embargo, la Medicina de la Reproducción se centra, principalmente, en los problemas derivados de las dificultades para reproducirse: la infertilidad (1) y la esterilidad (2), por lo que debieran ser el núcleo central, asimismo, en Psicología de la Reproducción.

En España se estima una tasa de infertilidad de alrededor del 17% en población en edad fértil, habiendo aumentado en dos puntos desde el año 1999, por lo que su aumento es progresivo a medida que transcurre el tiempo. Desde finales de los 90 se han realizado divulgaciones sobre esta temática, tanto en revistas de Psicología (Informació Psicològica, vols. 69 y 73), como de Medicina (Moreno-Rosset, 1999; Moreno-Rosset, 2004, 2008). En todas ellas se ha defendido la necesidad de incorporar el psicólogo en los equipos interdisciplinarios de las Unidades de Reproducción Humana (URH). El principal motivo ha sido resaltar que, si bien la infertilidad no es una psicopatología, el diagnóstico y tratamiento con Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) significa un proceso largo y estre-

sante (Moreno-Rosset, 2000a) que provoca alteraciones emocionales como ansiedad y depresión, en un porcentaje elevado de parejas (Moreno-Rosset, 2000b; Smeenk, Verhaak, Eugster, Van Minnen, Zielhuis, y Braat, 2001; Moreno-Rosset y Martín, 2009; Seibel, Lobo, Motta, Kotecki, Fuentes, Serafini, et al., 2003; Chang, Chen, Juang y Tsai, 2004, entre otros).

El impacto psicológico de la infertilidad y su tratamiento ha sido ampliamente descrito tanto fuera de España (Domar, Zuttermeister y Friedman, 1993; Tarlakis, Tarlakis, Diakogiannis, Bontis, Lagos, Gavrilidou y Mantalenakis, 1993; Robinson y Stewart, 1996; Leiblum, 1997; Rosentahl y Goldfarb, 1997; Strauss, 2002; entre otros), como en España (Ávila Espada, 1993; Guerra, 1998; García, 1999; Moreno-Rosset, 2000a; Llavona, 2008; Llavona y Mora, 2003; Bayó-Borràs, Cànovas y Sentís, 2005; Mora, 2005; entre otros).

El rol de los psicólogos en la evaluación y tratamiento de la infertilidad ha sido asimismo objeto de diversas publicaciones (Ávila y Moreno-Rosset, 2008; Flores, Jenaro y Moreno-Rosset, 2008; González, 2000; Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores, 2008; Kainz, 2001). La importancia de ofrecer apoyo psicológico es tal que Greenfeld (1997) resalta en su trabajo que, cuando las TRA no tienen éxito o las gestaciones no llegan a su fin y en ausencia de profesionales especializados, los servicios de asistentes sociales perinatales son quienes realizan el pertinente apoyo a estos pacientes. Schmidt et al., 2003 evalúan el grado de satisfacción de los pacientes que se someten a las TRA y que han seguido un Programa de Apoyo Psicosocial, mostrando su utilidad y eficacia.

A pesar de ello, tanto las instituciones médicas (Morales-Carmona y Díaz-Franco, 2000) como los pacientes (Boivin, Scanlan y Walter, 1999) muestran una cierta resistencia inicial a los programas de apoyo psicológico en las TRA, aunque unánimemente confirman su beneficio potencial.

El objetivo de esta publicación se centra en la justificación de la Psicología de la Reproducción y la necesidad del psicólogo en las URH, mediante un análisis parcial de los datos obtenidos en un primer estudio avalado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer (Moreno-

(1) Infertilidad:

Primaria: cuando la pareja consigue una gestación pero no llega a término con un recién nacido normal.

Secundaria: cuando tras un embarazo y parto normales, no se consigue una nueva gestación a término con recién nacido normal.

(2) Esterilidad:

Primaria: cuando la pareja, tras un año de relaciones sexuales sin anticonceptivos no ha conseguido el embarazo.

Secundaria: cuando la pareja, tras haber conseguido en primer hijo, no logra una nueva gestación.

Rosset, 2003), cuyo objetivo era el de conocer las consecuencias psicológicas y psicosociales de los tratamientos de infertilidad.

Material y método

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 485 participantes, 215 varones (44,3%) y 270 mujeres (55,7%) procedentes de las URH de dos hospitales públicos: 315 (65%) procedían del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Madrid) y 170 (35%) del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. La edad promedio de los participantes masculinos en Madrid fue de 34,81 (DT=2,37) y en Sevilla de 32,45 (DT=3,45), y la de las participantes femeninas, en Madrid de 33,32 (DT=3,69) y en Sevilla de 31,01 (DT=4,71). Dado que en el ámbito de la infertilidad, las probabilidades de éxito de los tratamientos de TRA dependen de la edad concreta en la que se encuentra la mujer, hemos considerado de especial interés conocer, no sólo la edad media, sino también su distribución por grupos etarios. Las participantes con edades situadas por debajo del centil 25 (hasta 30 años) fue un 38,2% (Madrid) y 24% (Sevilla). El grupo intermedio, correspondiente a participantes con edades comprendidas entre los 31 y los 35 años fue un 45,2% (Madrid) y un 44,12% (Sevilla). La muestra en edades situadas por encima del centil 75 (mayores o iguales a 36 años) fueron un 34,60% (Madrid) y 18,23% (Sevilla).

Instrumentos

Se elaboraron tres entrevistas semiestructuradas que permitieron obtener información en distintos momentos del proceso de diagnóstico y tratamiento médico con TRA: 1) en la primera visita a la URH, 2) en la entrega del diagnóstico de infertilidad y prescripción del tratamiento de TRA y 3) al finalizar el primer tratamiento de TRA. En la primera entrevista se recabaron datos sociodemográficos, así como otros aspectos relacionados con el tiempo transcurrido hasta llegar a la URH, la información

que la pareja tenía sobre las TRA, algunos aspectos sobre la relación médico-paciente, los apoyos sociales y posibles alteraciones psicológicas previas a la primera visita a la URH. El seguimiento de estas variables se realizó en la tercera entrevista, motivo por el cual se han incluido los análisis estadísticos correspondientes a la primera y tercera entrevista.

Procedimiento

Cuando las parejas acudían por primera vez a las URH, inmediatamente después de la primera visita con el ginecólogo y tras cumplir con la obligación legal de informar al paciente sobre sus derechos y las circunstancias de su participación en el proyecto, y la consiguiente obtención del consentimiento de los miembros de la pareja, psicólogos entrenados para la realización del estudio aplicaban a las parejas la primera entrevista psicológica. La tercera entrevista fue aplicada por el mismo grupo de psicólogos a las mujeres que, en el momento de finalización del estudio, habían terminado el primer tratamiento de TRA.

Resultados

A continuación se detallan los resultados obtenidos en cada una de las entrevistas aplicadas y agrupadas en función de las variables: 1) tiempo, 2) información, 3) apoyos sociales y 4) equilibrio emocional percibido antes de la aplicación de las TRA y durante la aplicación de las mismas.

1. Tiempo

Los resultados que constan en este apartado se han obtenido a través de preguntas realizadas en la entrevista psicológica inicial aplicada en la primera visita a la URH. La Tabla 1 recoge un resumen de los datos.

El tiempo de espera desde la solicitud a la URH hasta la primera visita con el ginecólogo y el psicólogo de dicha Unidad fue, en Madrid y Sevilla respectivamente, la siguiente: 25,4% y 88,8% de los pacientes llevaban esperando entre 1 y 3 meses, un

Tabla 1. Tiempo

	% Madrid	% Sevilla
¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que solicitaron la visita a esta Unidad?		
Entre 1 y 3 meses	25,4%	88,8%
Entre 3 y 6 meses	5,6%	7,5%
Entre 6 meses y 1 año	11,8%	0,9%
Entre 1 y 2 años	51,6%	1,9%
Más de 2 años	5,6%	0,9%
¿Han planificado el momento de tener hijos?		
Si	60,7%	74,8%
No	39,3%	25,2%
¿Desde cuando intentan tener hijos?		
Hasta 2 años	18,4%	56,1%
Entre 2 y 4 años	46,0%	32,7%
Entre 4 y 6 años	20,9%	5,6%
Entre 6 y 8 años	14,7%	5,6%

5,6% y 7,5% estuvo en lista de espera entre 3 y 6 meses, un 11,8% y 0,9% entre tres meses y un año. Tardaron entre 1 y 2 años en ser atendidos, en Madrid un 51,6% y en Sevilla un 1,9%; y más de dos años el 5,6% en Madrid y el 0,9% en Sevilla.

Otro aspecto objeto de interés se centró en *conocer si las parejas habían planificado el momento de tener hijos*. En este aspecto, se observa que un porcentaje elevado de los encuestados respondieron afirmativamente a esta cuestión (60,7% Madrid y 74,8% Sevilla). O sea que tanto en Madrid como en

Sevilla la mayor parte de parejas que participaron en el estudio, previeron el mejor momento para ampliar la familia.

Por lo que se refiere *al tiempo que llevan intentando tener hijos* hasta su llegada a la URH, en la muestra de Madrid el mayor predominio se sitúa entre 2 y 4 años (46%), seguido de entre 4 y 6 (20,9%). Por el contrario en Sevilla el mayor porcentaje se sitúa en el periodo comprendido hasta los dos años (56,1%), seguido de entre dos y cuatro años (32,7%).

Tabla 2. Información

	% Madrid	% Sevilla
¿Quién les ha sugerido que acudan a las TRA?		
Tú o tu pareja	26,5%	19,6%
Médico de atención primaria	17,3%	21,5%
Ginecólogo	48,8%	51,4%
Amigos o familiares	6,8%	7,5%
Medios comunicación	0,6%	0,0%
¿Conocen exactamente en qué consisten los distintos tipos de TRA?		
Si	39,5%	32,7%
No	36,4%	65,4%
Algunas	24,1%	1,9%
¿A través de qué o quién han recibido esta información?		
Médico/personal sanitario	29,2	20,8
Libros/revistas	9,4	5,6
Amigos/familia	14,2	28,3
Medios comunicación	8,5	24,5
Varias de las anteriores	38,7	20,8
¿Les gustaría recibir desde el principio toda la información sobre las TRA o prefieren recibirla poco a poco?		
Toda desde el principio	69,8%	50,9%
Poco a poco	30,2%	49,1%

2. Información

Los datos relativos a la variable información se obtuvieron, asimismo, en la primera fase de evaluación psicológica, es decir, en la entrevista psicológica inicial realizada el primer día de contacto con la URH. La tabla 2. presenta los resultados obtenidos.

Como puede observarse, ante la pregunta “¿Quién les ha sugerido que acudan a las TRA?”, existe un predominio de pacientes que manifiesta haber sido orientado por su ginecólogo (48,8% en Madrid y 51,4% en Sevilla). En Madrid, un 26,5% de los encuestados han decidido por sí mismos acudir a las TRA, y un 17,3% ha sido derivado por su médico de atención primaria. En Sevilla se invierte el orden, en un 21,5% de los casos el médico de atención primaria les sugirió acudir a las TRA y el 19,6% tomó personalmente esa decisión. Solamente un 0,3% de la muestra considerada globalmente ha hecho caso a los medios de comunicación.

Otra de las preguntas de la entrevista aludía a *si conocían en qué consisten los distintos tipos TRA*. En Madrid un 39,5% manifestaron tener conocimiento de las técnicas y un 24,1% conocía algunas de ellas. En Sevilla, el mayor porcentaje manifestó un desconocimiento de las TRA (65,4%). Por lo que se refiere a las *fuentes a través de las cuales han recibido la información*, un porcentaje elevado de la muestra globalmente estudiada (59,5) informó haber empleado fuentes diversas. La población madrileña ha recibido la información a través del médico o personal sanitario (29,2%) seguido de los amigos/familia (14,2%). Por el contrario, un 28,3%

de la muestra sevillana fue informada a través de amigos/familia, un 24,5% a través de medios de comunicación y un 20,8% a través del médico/personal sanitario.

En relación a *la forma preferida por las parejas de recibir la información*, la mayoría de los encuestados en Madrid (69,8%) indicaron que deseaban recibirla toda desde el principio, mientras que en Sevilla hubo un equilibrio entre los que deseaban recibirla desde el principio (50,9%) o poco a poco (49,1%).

3. Apoyos sociales

Con el fin de conocer los apoyos sociales con los que contaban las parejas del estudio, se les realizaron preguntas para saber *a quién o quienes les habían contado sus dificultades para procrear y si les molestaba que les preguntaran sobre el tema*. Ambas cuestiones les fueron planteadas en la primera entrevista. La Tabla 3. muestra los resultados obtenidos.

A la primera pregunta, la respuesta fue “a los familiares” en un porcentaje del 29,8% en Madrid y 28,1% en Sevilla. Asimismo coincidieron ambas muestras en informar que se lo habían contado a varias personas de los distintos entornos cercanos (un 51,6% en Madrid y un 57% en Sevilla) si bien, por otro lado, un 11,2% de ambas poblaciones encuestadas coinciden en no habérselo contado a nadie.

Respecto a *si les molesta que les pregunten sobre este tema*, respondieron negativamente un 50,9% y

Tabla 3. Apoyos sociales

	% Madrid	% Sevilla
¿A quien o quienes les han contado, aparte de a su médico, que tienen dificultades para el embarazo?		
A nadie	11,2%	11,2%
A familiares	29,8%	28,1%
A amigos	5,5%	3,7%
A conocidos o personas del entorno laboral	1,9%	0,0%
A varios de los anteriores	51,6%	57,0%
¿Les molesta que les pregunten sobre este tema?		
Sí, siempre	16,2%	18,9%
Sí, cuando son personas íntimas	4,3%	4,7%
Sí, cuando son personas del entorno social	28,6%	17,9%
No, nunca	50,9%	58,5%

58,5% de las parejas estudiadas de Madrid y Sevilla, respectivamente. Del porcentaje de encuestados que respondieron afirmativamente, es decir, que sí les molestaba que les cuestionaran sobre este asunto, en Madrid, un porcentaje mayor (28,6%) manifestó que se sentía más molesto cuando provenía del entorno social, frente al entorno íntimo (4,3%). En Sevilla les molestaba siempre en un 18,9% de los casos y asimismo en mayor medida (17,9%) cuando eran personas de su entorno social, molestándoles solo en un 4,7% cuando eran personas íntimas.

4. Equilibrio emocional

En esta variable hemos analizado los resultados obtenidos en la primera y tercera entrevistas psicológicas. En la primera evaluación preguntamos a ambos miembros de la pareja si antes de acudir a la URH habían experimentado algún tipo de alteración psicológica, el tipo de problema, si habían buscado ayuda y, en caso afirmativo, cuanto tiempo había durado el tratamiento psicológico y si se había resuelto o no. La tercera entrevista se aplicó solamente a las mujeres tras finalizar el primer tratamiento médico de TRA. En ese momento nos informaron acerca de si habían sentido cambios en su equilibrio emocional desde el inicio hasta la finalización del tratamiento de FIV (3) o ICSI (4). Cabe resaltar que la duración de estos tratamientos es de aproximadamente 60 días y que durante este tiempo son necesarias, un promedio de siete visitas a la URH. Además, la primera fase del tratamiento consiste en realizar una estimulación ovárica con el fin de conseguir un mayor número de ovocitos en ese ciclo que, posteriormente son extraídos del útero y fecundados in vitro (FIV) (3) o a través de microinyección intracitoplasmática (ICSI) (4). En la tabla 4 presentamos un resumen de los resultados obtenidos en relación al estado emocional que las parejas tenían antes de acudir a la URH y también al percibido por las mujeres al finalizar el primer tratamiento de TRA.

(3) FIV: Fecundación in vitro. Protocolo de extracción de ovocitos, fecundación en el laboratorio y transferencia de embriones.

(4) ICSI: Intracytoplasmatic Sperm Injection. El protocolo es el mismo que en la FIV, pero realizando la fecundación de un ovocito mediante microinyección de un espermatozoide.

Como cabría esperar, un porcentaje elevado de los encuestados (82,9% Madrid, 73,1% Sevilla) respondió negativamente a la pregunta *¿Han tenido alguna vez algún problema psicológico?*. En Madrid un 17,1% informó haber sufrido alguna alteración psicológica, mientras que en Sevilla el porcentaje fue del 26,9%.

En cuanto al *tipo de problemas psicológicos experimentados* por la muestra estudiada, en Madrid predominaron los trastornos de ansiedad (64,3%), mientras que en Sevilla fueron las alteraciones del estado de ánimo (73,1%) las más experimentadas (ver tabla 4.).

Ante la pregunta de *si estuvieron en tratamiento psicológico*, los resultados se asemejan, como cabría esperar, a los obtenidos en la primera pregunta, habiendo estado en tratamiento un 17,6% de los sujetos madrileños y un 29,2 de los sevillanos. Sobre el porcentaje de personas que sí han estado en tratamiento psicológico, tanto en Madrid (63,6%) como en Sevilla (52,4%) la mayor parte manifiesta haber sido tratado con terapias breves (hasta seis meses). Entre 6 meses y 2 años, el 22,7% y 23,8%; entre 2 y 4 años, el 4,5% y 14,3% y habiendo estado en tratamiento psicológico más de 4 años, el 9,2% y 9,5% respectivamente. *Los problemas se solucionaron* en un 87% (Madrid) y 85,7% (Sevilla) de los casos.

En contraste con el porcentaje de pacientes que no habían experimentado cambios emocionales previos a las TRA, hemos de resaltar un incremento notable de mujeres que manifiestan haber experimentado cambios emocionales durante el primer tratamiento de TRA. La pregunta *¿se ha sentido alterada psicológicamente desde que ha iniciado el tratamiento de TRA?* se realizó a un total de 41 mujeres madrileñas que habían terminado su primer tratamiento médico. Un 61% de las mismas manifestaron haber experimentado desajustes emocionales desde el inicio del tratamiento de TRA, habiendo buscado ayuda solamente un 3,2% de los casos.

Discusión

Son varias las causas que se han apuntado para explicar el incremento de parejas con problemas de infertilidad, entre ellas, el *aumento de la edad en la*

Tabla 4. Equilibrio emocional

	% Madrid	% Sevilla
¿Han tenido alguna vez algún problema psicológico?		
Sí	17,1%	26,9%
No	82,9%	73,1%
¿Qué tipo de problema?		
Ansiedad	64,3%	23,1%
Estado de ánimo	28,6%	73,1%
Alimentarios y/o adictivos	7,1%	3,8%
¿Estuvo en tratamiento psicológico o psiquiátrico?		
Sí	17,6%	29,2%
No	82,4%	70,8%
¿Durante cuánto tiempo?		
Hasta 6 meses	63,6%	52,4%
De 6 meses hasta 2 años	22,7%	23,8%
Entre 2 y 4 años	4,5%	14,3%
Más de 4 años	9,2%	9,5%
¿Se solucionó?		
Sí	87,0%	85,7%
No	13,0%	14,3%
¿Se ha sentido alterada psicológicamente desde que ha iniciado el tratamiento de TRA?		
Sí	61,0%	
No	39,0%	
¿Ha acudido a algún psicólogo o psiquiatra externo en busca de ayuda?		
Sí	3,2%	
No	96,8%	

decisión para procrear, que es inversamente proporcional a la tasa de fecundidad femenina. Si bien la edad media de las mujeres que acuden por primera vez a las URH se sitúa sobre los 33 años en Madrid y sobre los 31 en Sevilla, resulta especialmente alarmante el elevado porcentaje de mujeres de la muestra procedente de Madrid que tienen más de 36 años (34,6%) y que puede constituir un grupo de mujeres sometidas al estrés adicional del límite de tiempo biológico para conseguir un embarazo.

Existen otros factores indicativos de este tipo de estrés generado por el tiempo. Podemos observar que alrededor de un 70% de parejas de la muestra total han planificado el momento de intentar tener hijos y que un elevado porcentaje, lleva entre dos y cuatro años intentando conseguirlo, siendo el tiempo de espera hasta la llegada a la URH, en Madrid entre 1 y 2 años y en Sevilla entre 1 y 3 meses. Es cierto que cada Hospital tiene una dinámica de funcionamiento específica y diferencial, pero es una tónica común el que, exista una lista de espera en las URH.

A esos tiempos cabe añadir los meses que se precisan para la realización de las pruebas diagnósticas,

más el tiempo que transcurre desde que se conoce la causa de la infertilidad hasta que se inicia el primer tratamiento de TRA que puede fluctuar entre uno y tres meses, siempre y cuando no se cumpla la edad límite de 40 años durante este proceso, en cuyo caso, la sanidad pública no suele comenzar el tratamiento, a pesar de que la *Ley 14/2006, de 26 de mayo*, sobre técnicas de reproducción humana asistida no determina una edad límite para acceder a las TRA.

Por otro lado, cada tratamiento también tiene su tiempo de duración, la IAC (5) precisa alrededor de 30 días, mientras que la FIV, unos 60 contados desde el comienzo de la regla hasta que se hace el diagnóstico de embarazo. Además, el porcentaje de éxito de las TRA aumenta con la repetición de los tratamientos. Cuando no se obtienen resultados positivos en el primer intento, en IAC se suele repetir entre 4 y 6 veces más y en la FIV se realiza un promedio de tres ciclos. Por supuesto que la decisión de una u otra TRA depende del diagnóstico de infertilidad de la pareja, sin embargo, cuando la técnica aconsejable

(5) IAC: Inseminación Artificial Conyugal. Protocolo para la selección y transferencia de espermatozoides aptos para fecundar.

es la IAC, y con los distintos intentos no se consigue el embarazo, es habitual que se continúe con la aplicación de la FIV, en cuyo caso la mujer habrá sido sometida a un mínimo de 4/6 ciclos de IAC más 2/3 de FIV, y teniendo en cuenta que entre tratamientos debe dejarse un tiempo de descanso ovárico, más otros tiempos como vacaciones, u otros aspectos sociales/laborales/ familiares que puedan acontecer, los años que dedican las parejas al tema de la reproducción asistida son extensos y considerables, por lo que ***el tiempo puede considerarse un acontecimiento vital estresante y el psicólogo debe tenerlo en cuenta desde la primera consulta***, debido a que los acontecimientos vitales son eventos o circunstancias que ocurren en la vida de un individuo y que pueden potencialmente alterar su estado mental o físico, apareciendo niveles de frustración, indefensión... debidos, en gran parte, al desconocimiento que tienen muchas parejas de los tratamientos médicos de infertilidad y del proceso físico, psicológico y social que les acompaña.

De hecho y a pesar de que un porcentaje elevado de la población estudiada afirma que conoce las TRA, ***muchas parejas manifiestan no tener información precisa de diversos aspectos de los tratamientos de TRA***, como por ejemplo, las diferencias entre los distintos tratamientos, que la tasa de fracasos es mayor que la de éxitos (cuando la creencia popular es justo lo contrario), aunque las estadísticas varían en función del centro sanitario considerado.

Por ello es esencial que se proporcione a estas parejas una información más realista de las TRA y que esta información sea proporcionada fundamentalmente por profesionales sanitarios y no por medios de comunicación o amigos. Una información que, desde nuestro punto de vista, debería ser ofrecida desde el principio, es decir, desde el médico de atención primaria o, en su defecto, desde la primera visita a la URH. No obstante y en este sentido, hemos de señalar las diferencias que existen en esta voluntad de ser informado. Por ejemplo, los pacientes procedentes de Sevilla se han distribuido de forma casi similar entre quienes prefieren recibir toda la información al principio o poco a poco, mientras que las parejas del Hospital de Madrid, manifiestan, en mayor porcentaje, preferir toda la información desde el principio.

Los cambios producidos en la política y en los modelos de atención sanitaria han supuesto que los pacientes hayan pasado de ser considerados agentes pasivos a convertirse en elementos activos y determinantes en el mantenimiento de su salud y la recuperación de la enfermedad. Y para que el paciente pueda asumir y participar en su recuperación física es necesario (aunque no suficiente) disponer de información (sobre su enfermedad, su pronóstico, su tratamiento, las posibles consecuencias tanto físicas como psicológicas). La legislación española, siguiendo lo que previamente había ya sido recogido en el *Convenio sobre Biomedicina y Derechos Humanos* del Consejo de Europa, reconoce tanto el derecho a la información, como el derecho de los pacientes a no ser informados, si así lo manifiestan. Ambos derechos –derecho a saber y derecho a no saber– están regulados en el artículo 4 de la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, en la que se especifica que esta información debe ser comunicada de manera que resulte comprensible y útil.

En realidad, el principal problema no reside tanto en el porcentaje de pacientes que no desean recibir información (ya que éste es relativamente pequeño), sino en la forma y el momento en que hay que proporcionarla. De tal manera que tan nocivo puede resultar no dar información al paciente como ofrecerle más información de la que puede asimilar en un momento dado o que la información se proporcione de una manera inadecuada o en un momento inoportuno. Desde nuestro punto de vista, pensamos que ***la labor del psicólogo en las URH debe centrarse, principalmente, en ofrecer información en dos direcciones***. Por un lado hacia los médicos, para que ofrezcan una información clara y con los mínimos tecnicismos, así como que se aseguren de que los pacientes han comprendido sus explicaciones. La forma en que se ofrece información a los pacientes puede aumentar el grado de satisfacción en los servicios de reproducción asistida (Schmidt et al., 2003). Por otro lado, y desde nuestra profesión, ayudar a las parejas a: 1) saber procesar la información recibida por parte del equipo médico, sobre todo, en los casos que se precisan donantes de gametos, cuyo

proceso es más complejo y, muchas veces, de difícil asimilación y decisión; 2) generar estrategias para que pregunten las dudas o soliciten las aclaraciones pertinentes o, por el contrario, para que manifiesten su decisión de no recibir información. Estudios anteriores con población española han constatado que a mayor información obtenida por la pareja, aumenta significativamente la sensación de impotencia (Moreno-Rosset, 2000a). Por tanto la información que se ofrezca a las parejas debe ser clara sin ser copiosa, resultando de enorme utilidad las Guías para pacientes que se han venido desarrollando tanto en Medicina de la Reproducción (SEF, 2005) como en Psicología de la Reproducción (Moreno-Rosset, 2005).

En este aspecto, *el psicólogo de la URH puede ser un excelente mediador entre paciente y médico* que ayude a acomodar los roles entre ambos. El ginecólogo de la URH posee el conocimiento científico sobre las TRA y sabe las probabilidades de éxito de las mismas, en función del diagnóstico y demás características del caso y por ello su actitud frente al paciente es activa, es decir, de ofrecimiento de las soluciones adecuadas al caso. El paciente es el receptor de la atención sanitaria por lo que, a veces, adopta un papel más pasivo que puede chocar con sus expectativas en torno a la relación con el médico. El psicólogo, en estos casos, puede orientar la modificación de esta postura pasiva por una actitud más activa que permita al paciente una mayor participación en el proceso de toma de decisiones, lo que aumentaría la sensación de control de la situación de infertilidad.

Otros datos que hemos obtenido en el estudio de parejas infértiles, se refieren al apoyo social, ya que puede ser considerado, como *“un constructo asociado al mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la mejoría en la recuperación...”* (Gil Roales-Nieto, 2004). En las clasificaciones que del mismo se han realizado, se suele incluir los apoyos de tipo emocional (personas con las que el sujeto interactúa), informativo (material de ayuda, información) e instrumental. Por ello *hemos de considerar de especial relevancia el número de personas con las que las parejas infértiles interactúan y, a las que expresan su problemática*. En la muestra estudiada se observa que, en líneas generales, más

del 50% han contado a otras personas, principalmente familiares, sus dificultades para el embarazo (aunque alrededor del 11% no lo comenta a nadie). Y por otro lado, casi la mitad de los encuestados manifiestan sentirse molestos cuanto les preguntan sobre este tema. En un estudio anterior constatamos que entre el 30 y el 40% de las mujeres solían buscar apoyo en la familia y amigos, así como la expresión de emociones en su pareja. Los análisis de regresión posteriores, realizados con el fin de conocer la relación entre el apoyo social y las emociones experimentadas, confirmaron que centrarse en las emociones y desahogarse exclusivamente en la pareja, aumentaba el sentimiento de impotencia (Moreno-Rosset, 2000a).

El apoyo social es, por tanto, otro de los aspectos que el psicólogo debe abordar en las URH con el fin de incluir en las estrategias de afrontamiento activas 1) la utilización de distintos tipos de apoyos sociales, 2) la diversificación para evitar el apoyo exclusivo en la pareja y 3) el uso de técnicas asertivas para saber responder al entorno social. Todos estos aspectos han sido asimismo destacados por otras autoras (Domar, 2002).

En lo que se refiere al *equilibrio o ajuste emocional de las parejas infértiles* estudiadas, la información obtenida en la primera entrevista muestra que no se trata de una población clínica y que la prevalencia de alteraciones psicológicas se ajusta a la población general, es decir, alrededor de un 20% de personas manifiestan haber recibido diagnósticos de cuadros de ansiedad o del estado de ánimo. Sin embargo, es de destacar que alrededor de un 60% de mujeres que han comenzado los tratamientos de TRA presentan modificaciones en su estado anímico, solicitando ayuda profesional, sólo un 3,2% de los casos. Estos resultados están en la línea de los expuestos por Boivin, Scanlan y Walker (1999) en los que solamente el 8,5% de las mujeres de la muestra estudiada había solicitado apoyo psicológico. Estos autores señalan como principales motivos de esta disminuida demanda 1) los prejuicios como *“sólo las personas que están locas necesitan un psicólogo”*, 2) el que las personas dispongan de estrategias de afrontamiento adecuadas o 3) la existencia de problemas prácticos, como por ejemplo, el coste de la sesión o los problemas de horario. En cualquier

caso, y según nuestra experiencia, las parejas que participan en los programas de apoyo psicológico informan de un elevado nivel de satisfacción, así como de un mejor ajuste emocional a los tratamientos de TRA (Moreno-Rosset, 2003, 2007).

En consecuencia, y por las características del proceso psicológico en infertilidad, es recomendable **realizar la evaluación psicológica de la pareja a la vez que se realizan las pruebas médicas** para el diagnóstico de la infertilidad. De esta forma, se obtiene una evaluación inicial de su estado tanto físico y psíquico, y permite detectar las parejas más vulnerables a desarrollar alteraciones emocionales, siendo la ansiedad, depresión y los trastornos obsesivos compulsivos los más frecuentes a lo largo del tiempo que conlleva el proceso de diagnóstico y tratamiento médico de la reproducción asistida.

En este sentido, los instrumentos de evaluación psicológica deberán ser seleccionados con las adecuadas garantías científicas y se deberá aplicar distintas pruebas en función de las fases del proceso de evaluación (Giménez, 2007; Moreno-Rosset, 2005a). Queremos resaltar que en España disponemos del primer instrumento publicado comercialmente para su aplicación a población infértil, **el Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008)**. La gran utilidad del DERA consiste en informar con un único test del grado de desajuste emocional de las parejas infértiles y a la vez contempla aspectos más positivos, al evaluar al mismo tiempo los recursos personales e interpersonales que pueden ayudar a conseguir una mejor adaptación y ajuste a la infertilidad y al proceso de reproducción asistida (Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores, 2008). Se trata de un instrumento con excelentes cualidades psicométricas (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2009a). Otros cuestionarios que deben ser tenidos en consideración son el **Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI; Llavona y Mora, 2006)** que presenta una estructura unifactorial útil para conocer el grado de preocupación o problemas percibidos por las parejas infértiles. Posee buenas propiedades psicométricas (Llavona y Mora, 2005, Mora, 2005).

Por todo ello consideramos que en pro de la mejor

asistencia a estos pacientes y del bienestar y equilibrio emocional de las parejas que deciden optar por los tratamientos de TRA, **es imprescindible incluir la figura del psicólogo en las URH como parte del equipo sanitario**, aspecto que venimos justificando hace unos años ante la Sociedad Española de Fertilidad (Moreno-Rosset, 1999) y que desde entonces hemos constatado su clara necesidad, a través de los resultados de investigaciones científicas (Moreno-Rosset, 2003, 2007), así como han venido haciéndolo otros autores como Gonzalez, 2000; Morales-Carmona y Díaz-Franco, 2000; Pérez Peña, 2003; Schmidt et al., 2003, entre otros.

Bibliografía

- Ávila Espada, A. (1993). Estrés y procesos psicológicos en la infertilidad humana. En J. Buendía Vidal. *Estrés y Psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Ávila Espada, A. y Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 186-196.
- Bayo-Borràs R, Cànovas G, Sentís M. (2005). *Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida*. Barcelona: Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña.
- Boivin J, Scanlan LC, Walker SM. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling?. *Human Reproduction*, 14 (5), 1384-1391.
- Buela-Casal, G. (2004). La Psicología: ¿una profesión sanitaria con distintas especialidades?. Infocop. Colegio Oficial de Psicólogos. España, Número extraordinario, 103-111.
- Chang, S.P., Chen, T.H., Juang, K.D. y Tsai, C.F. (2004). Prevalence of Depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 10, 2313-2318.
- Domar, A.D. (2002). *Cuida de ti misma como cuidas de los demás*. Barcelona: Ediciones Urano, S.A.
- Domar, A. D., Zuttermeister P.C. y Friedman R. (1993). The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 14/Suppl., 45-52.
- Flores, N., Jenaro, C. y Moreno-Rosset, C. (2008).

- Terapia de pareja en infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 205-221.
- García, J. P. (1999). El impacto psicológico de las dificultades de reproducción en las vidas de las mujeres [Resumen]. *Sex Roles*, 40(9/10).
- Gil Roales-Nieto, J. (2004). Apoyo social y salud. En J. Gil Roales-Nieto (Dir.) *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Giménez, V. (2007). Evaluación psicológica en Unidades de Reproducción Asistida. En Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*, número monográfico (pp. 19-28).
- Gonzalez, L.O. (2000). Infertility as transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women, *Issues in Mental Health Nursing*, 21 (6), 619-633.
- Greenfeld, D.A. (1997). Infertility and assisted reproductive technology: The role of the perinatal social worker. *Social Work in Health Care*, 24 (3-4), 39-46.
- Guerra, D. (1998). *Cómo afrontar la Infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta, S.A.
- Informació Psicològica. Revista Quatrimestral del Col·legi Oficial de Psicòlegs del País Valencià (1999). Dossier monogràfic sobre "Mirada hacia la sexualidad". Vol. 69.
- Informació Psicològica. Revista Quatrimestral del Col·legi Oficial de Psicòlegs del País Valencià (2000). Dossier monogràfic sobre "Infertilidad y Reproducción Asistida". Vol. 73.
- Jenaro, C., Moreno-Rosset, C. y Jurado, R. y Flores, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: el DERA una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 176-185.
- Kainz K. (2001). The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Women's Health Issues*, 11(6), 481-485.
- Leiblum, S.R. (1997). Love, sex and infertility: The impact of infertility on couples. En S.R. Leiblum (Ed.), *Infertility: Psychological issues and counseling strategies*. Wiley series in couples and family dynamics and treatment. New York: John Wiley y Sons.
- Llavona, L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 158-166.
- Llavona, L. y Mora, R. (2003). Atención psicológica a las parejas infértiles en tratamiento de reproducción asistida. En J. M Ortigosa Quiles., M. J. Quiles Sebastián y F. J. Méndez Carrillo. *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- Llavona, L. y Mora, R. (2005). The Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI): Characteristics and psychometric properties. Comunicación presentada en el *9th European Congress of Psychology*, Granada (España).
- Llavona, L. y Mora, R. (2006). *Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Registro de la propiedad intelectual 16/2006/3632.
- Mora, R. (2005). *Análisis psicológico de las parejas con problemas de infertilidad*. Universidad Complutense de Madrid: Tesis Doctoral
- Morales-Carmona F, Díaz-Franco E. (2000). Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. *Perinatol Reprod Hum*, 14, 176-182.
- Moreno-Rosset, C. (1999). La Psicología al servicio de la Reproducción Asistida. *Boletín de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF)*, 8 (2), 2-6.
- Moreno-Rosset, C. (2000). Simposio "La Psicología de la Reproducción". *I Congreso Hispano-Portugués de Psicología*. Santiago de Compostela.
- Moreno-Rosset, C. (2000a). Proceso psicológico en infertilidad: Una guía para el consejo psicológico. En C. Moreno-Rosset (Dir.) *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C. (2000b). Ansiedad y Depresión: Principales trastornos asociados a la infertilidad. *Informació Psicològica. Revista Quatrimestral del Col·legi Oficial de Psicòlegs del País Valencià*, 73, 12-19.
- Moreno-Rosset, C. (2002). Simposio "La Psicología de la Reproducción". *IV Semana de Investigación de la Facultad de Psicología de la UNED*. Madrid
- Moreno-Rosset C. (2003). Memoria Final del

- Proyecto I+D+I *Consecuencias psicológicas y psicosociales de los tratamientos de infertilidad en las mujeres: evaluación e intervención*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 11/00.
- Moreno-Rosset, C. (2004). La Psicología de la Reproducción: Una Subdisciplina de la Psicología de la Salud. *ASEBIR. Asociación para el estudio de la biología de la reproducción*, 9 (2), 6-8.
- Moreno-Rosset C. (2005). *Guía para la paciente. Apoyo Psicológico en Reproducción Asistida*. Proyecto I+D+I La infertilidad en la mujer: aspectos psicosociales y neurobiológicos. Registro de la propiedad intelectual de la Guía (31 páginas): M-002424/2005. Registro de la propiedad intelectual del guión del CD de relajación (20 minutos): M-002420/2005, 2005.
- Moreno-Rosset, C. (2005a) (Edit.). *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. (2ª ed.) Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C. (2007). Memoria Final del Proyecto I+D+I *La infertilidad en la mujer: aspectos psicosociales y neurobiológicos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 28/03.
- Moreno-Rosset, C. (2008). Infertilidad y Psicología de la Reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29, 2, 154-157.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2008). *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. XII Premio TEA Ediciones, 2007. Madrid: TEA Ediciones.
- Moreno-Rosset, C. Antequera, R. y Jenaro, C. (2009). Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA). *Psicothema*, 21, 1, 118-123.
- Moreno-Rosset, C. y Martín, M^a. D. (2008). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés* (en prensa).
- Papeles del Psicólogo. Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2008). Dossier Monográfico sobre *Infertilidad y Psicología de la Reproducción*, 29 (2).
- Pérez Peña, E. (2003). Aspectos psicológicos en infertilidad y pérdida gestacional recurrente. En Pérez Peña, E. (Ed). *Atención Integral de la Infertilidad*. Mc Graw Hill
- Robinson, GE, Stewart, DE. (1996). The psychological impact of infertility and new reproductive technologies. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 168-172
- Rosenthal MB, Goldfarb J. (1997). Infertility and assisted reproductive technology: an update for mental health professionals. *Harvard Rev Psychiatry*, 5, 169-172.
- Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Tjorhoj T, Blaabjerg J, Hald F, Rasmussen PE, Andersen A. (2003). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction*, 18(12), 2638-2646.
- Seibel, D., Lobo, D. S., Motta, E. L., Kotecki, J. A., Fuentes, D., Serafini, P. C., et al. (2003). Assessment of anxiety in women undergoing In Vitro Fertilization (IVF) by the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Fertility and Sterility*, 80 (Suppl. 3), S242.
- Smeenk, J. M., Verhaak, C. M., Eugster, A., Van Minnen, A., Zielhuis, G. A. y Braat, D. D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16(7), 1420-1423.
- Sociedad Española de Fertilidad (2005). *Guía para parejas sin hijos*. (2ª edición). Barcelona: Grupo Grafico.
- Strauss, B. (2002). (Ed). *Involuntary childlessness: Psychological assessment, counseling and psychotherapy*. Ashland, OH, US: Hogrefe y Huber Publishers.
- Tarlazis, I., Tarlazis, B.C., Diakogiannis, I., Bontis, J., Lagos, S., Gavrilidou, D. y Mantalenakis, S. (1993). Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Human Reproduction*, 8/3, 396-401.

Manuscrito Recibido: 13/11/2008

Revisión Recibida: 03/12/2008

Aceptado: 03/12/2008