

PRINCIPALES TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA INFERTILIDAD

Rosario Antequera Jurado¹, Carmen Moreno-Rosset², Cristina Jenaro Río³
y Alejandro Ávila Espada⁴

¹Universidad de Sevilla. ²Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). ³Universidad de Salamanca

⁴Universidad Complutense de Madrid

A pesar de que la infertilidad presenta una serie de peculiaridades en comparación con el resto de las enfermedades crónicas (no hay sintomatología asociada, no hay limitaciones físicas, no representa una amenaza para la supervivencia), su diagnóstico y tratamiento genera alteraciones emocionales similares a las de otras afecciones médicas. En este artículo, revisamos la naturaleza, la prevalencia y el curso de las mismas a lo largo del proceso de diagnóstico y tratamiento de reproducción asistida, resaltando la elevada variabilidad interindividual, la necesidad de diferenciar entre desajuste emocional y alteración psicopatológica, la existencia de un elevado porcentaje de parejas que no padecen dichas alteraciones o que disponen de los recursos adaptativos necesarios para superarlas y, por último, la conveniencia de profundizar en las variables que nos ayuden a detectar a las parejas de "alto riesgo".

Palabras claves: Infertilidad, Psicopatología, Alteración emocional, Ansiedad, Depresión.

Although infertility has some unique characteristics when compared to other chronic diseases (there are no associated symptoms, no physical limitations and there is no threat to survival), its diagnosis and treatment causes emotional disorders similar to those of other medical conditions. In this paper we review the nature, prevalence and process of such emotional disorders during the diagnosis of infertility and the treatment with assisted reproduction techniques. We emphasize the high interpersonal variability, the need to differentiate between emotional maladjustment and psychopathological disorder, and the existence of a high percentage of couples without emotional disorders or with adaptive resources to cope with infertility. Finally, we stress the need for further studies that would allow the identification of "high risk" couples.

Key words: Infertility, Psychopathology, Emotional disorder, Anxiety, Depression.

LA INFERTILIDAD: UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

La aparición de una enfermedad crónica genera un elevado impacto emocional en quienes la padecen, tal y como ha sido reiteradamente puesto de manifiesto por los profesionales de la psicología que ejercen su labor asistencial, docente o investigadora en el ámbito de la salud y la enfermedad. Son varios los parámetros que determinan la aparición de estas reacciones emocionales, entre los que destacan, el conocimiento de padecer una enfermedad sin reversibilidad total, el tener que someterse a un tratamiento de por vida (con sus secuelas e inconvenientes), la potencial amenaza a la propia supervivencia y las limitaciones que imponen en la vida cotidiana.

La Organización Mundial de la Salud incluye a la infertilidad dentro de las enfermedades crónicas. Pero es evidente que posee unos matices que, a nuestro parecer, la diferencia del resto de padecimientos físicos: no afecta

a la funcionalidad de ningún órgano y, por tanto, no impone limitaciones físicas a quienes la padecen, no hay sintomatología ni dolor asociado a la misma, no existe una amenaza real a la propia vida y las parejas pueden elegir libremente someterse o no a tratamiento ya que su evolución no supone peligro alguno para la supervivencia. Pero la realidad clínica nos demuestra que, a pesar de todo esto, las parejas con problemas de infertilidad, presentan reacciones emocionales ante su enfermedad que han sido incluso igualadas a las que presentan pacientes con patologías como la oncológica (Domar, Zuttermeister y Friedman, 1993). No es el objetivo de este trabajo, el analizar los motivos o las causas de la aparición de las mismas, sino centrarnos en la naturaleza, la prevalencia, el curso y las variables psicosociales que pueden modular su aparición.

No obstante, antes de pasar a analizar estos aspectos, hemos de realizar algunas consideraciones que matizarán el significado y las implicaciones de lo que a partir de aquí comentaremos. La primera de ellas, y que por obvia no deja de ser determinante, es que los sujetos con problemas de infertilidad no constituyen un grupo homo-

Correspondencia: Rosario Antequera Jurado. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla. C/. Camilo José Cela, s/n. 41008- Sevilla. España. E-mail: raj@us.es

géneo. Existen numerosas variables personales y médicas que inciden en el impacto y las consecuencias de la infertilidad (véase Llavona en este mismo número). Destacan en este sentido, las variables sociodemográficas, que determinan la existencia de notables diferencias en función de:

- a) **El género:** las mujeres encuentran mayores dificultades para aceptar y acomodarse a la idea de que una pareja sin hijos constituye una familia y presentan más ideas obsesivas sobre la gestación y la concepción de un hijo, con una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva.
- b) **La edad.** En el ámbito de la reproducción asistida el tiempo, o mejor dicho, su transcurso, se convierte en un potente estresor: las parejas son conscientes de que conforme se incrementa la edad, la fertilidad biológica disminuye y, por consiguiente, el devenir del tiempo y la mayor edad incrementa sus niveles de estrés (especialmente de la mujer) (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008).
- c) **La presencia de otros hijos** se convierte en un amortiguador de las reacciones emocionales consecuentes al diagnóstico de infertilidad. Esto no significa que las parejas con hijos con dificultades para conseguir una nueva gestación, no experimenten también reacciones negativas, con mayor intensidad si alguno de ellos no es el padre o la madre biológica.

Otro grupo de factores que inciden en el impacto de la infertilidad, están constituidos por las características y la naturaleza de la enfermedad y del proceso de tratamiento. El **tipo de infertilidad** modula el impacto emocional que experimentan las parejas en el momento del diagnóstico, con notables diferencias en función del género: los hombres muestran mayor afectación cuando el diag-

nostico que se establece es de causa masculina mientras que las reacciones femeninas no dependen tanto de la etiología de la enfermedad (Dhillon, Cumming y Cumming, 2000; Nachtigall, Becker y Wozny, 1992). Pero tanto para hombres como para mujeres, el diagnóstico de infertilidad idiopática, con sus elevadas tasas de incertidumbre, genera un impacto cualitativamente diferente a los restantes. El **tiempo que la pareja lleva implicada en el proceso de diagnóstico y tratamiento** se relaciona con los niveles de frustración y tensión (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008) así como con la modificación de los recursos adaptativos. Lógicamente cuanto mayor es el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico, más probable es que la pareja haya comenzado o experimentado ya la aplicación de **varios ciclos de tratamientos**, cada uno de los cuales representa un nuevo estresor, en que la pareja vivencia la esperanza de conseguir su deseo y las emociones negativas por no lograrlo. En función de ello, van modificando sus expectativas y sus recursos de afrontamiento.

Por último, y entre las variables que convierten a las parejas infértiles en un grupo heterogéneo, destacamos a las **poliabortadoras** (aquellas que experimentan dos o más abortos repetidos) que constituyen una población con características propias y diferenciales. Es innegable que la vivencia y la experiencia de sucesivos embarazos que no llegan a fin y que pueden malograrse tanto en los primeros meses del embarazo como incluso a los 6 o 7 meses, genera mayor impacto emocional que la no consecución del mismo. No olvidemos que para la pareja y especialmente para la mujer, el cigoto que empieza a dividirse es sentido, conceptualizado y vivenciado como su hijo y, por ello, cualquier aborto que se produce es una pérdida de "quien pudo llegar a ser". Pero también es indudable que la esperanza y la ilusión se van incrementando conforme transcurren los meses de gestación y, por tanto, la pérdida y las reacciones consecuentes a la misma son mayores.

Hemos igualmente de considerar que las reacciones y el estado emocional de las parejas con problemas de infertilidad no son estáticas sino que van evolucionando y modificándose conforme se van sucediendo los ciclos de tratamiento. De tal manera que no tiene la misma cualidad el estado emocional que acompaña a la realización de las pruebas diagnósticas, que el que sigue al momento de recibir el diagnóstico. De igual forma, el estado emocional al comenzar los tratamientos es distinto al que se produce cuando éstos no tienen éxito, o cuando hay

TABLA 1

VARIABLES MODULADORAS DEL IMPACTO DE LA INFERTILIDAD

Variables moduladoras del impacto de la infertilidad	
1.- Características sociodemográficas	Edad: a mayor edad, mayor impacto Género: menor adaptación entre las mujeres Hijos: el impacto es menor si la pareja tiene otros hijos
2.- Características de la enfermedad y el tratamiento	Diagnóstico específico Tiempo intentándolo Número de tratamientos recibidos
3.- Presencia de múltiples abortos	

que volver a iniciarlos,... Son precisamente las características de esta enfermedad (que gira alrededor del "deseo de lo inexistente") y el tratamiento lo que convierte las reacciones emocionales de estas parejas en específicas y diferentes a las que presentan otros enfermos crónicos. Aparece lo que podríamos denominar un "carrusel de emociones" tanto negativas como positivas que se suceden alternativamente y en un corto periodo de tiempo. En el resto de las enfermedades crónicas se suelen diferenciar distintos momentos de adaptación a la enfermedad que van matizando y propiciando la aparición o disminución de las alteraciones emocionales: la primera adaptación se suele producir a los seis meses del diagnóstico y la segunda al año. Pero en el caso de la infertilidad, cada inicio de tratamiento representa un comienzo y cada fracaso, un final. Así, a la ilusión, la esperanza o el optimismo que presentan las parejas cuando inician los tratamientos, se sucede la preocupación, la obsesión y casi la hipocondría mientras esperan los resultados del tratamiento y la desilusión, la tristeza y la frustración cuando el tratamiento no ha tenido éxito. Esta alternancia de emociones se repite con cada ciclo de tratamiento, y genera un desgaste emocional y un sufrimiento peculiar e idiosincrático de las parejas con problemas de infertilidad.

En el desarrollo de la Psicología de la Reproducción, las alteraciones emocionales de las parejas infértiles no sólo han sido entendidas como una consecuencia de la enfermedad sino también como su causa, especialmente en la denominada infertilidad idiopática (aquella que se produce sin que se detecten problemas funcionales en el aparato reproductor femenino o masculino). Estos trabajos parten de la teoría psicodinámica, recogida por la medicina psicosomática y posteriormente reformulada bajo los principios teóricos del estrés (Facchinetti, Demyttenaere, Fioroni, Neri y Gennazzani, 1992). La relación entre estrés y capacidad reproductiva ya fue puesta de manifiesto por el propio Selye (1950) quien observó la aparición de atrofia ovárica en ratas que habían sido expuestas a una variedad de estímulos estresantes. Sin embargo y aunque se considera demostrada la relación entre estresores físicos (como la malnutrición o el ejercicio) y la función reproductiva, el papel que juegan los estresores puramente psicosociales permanece sin ser plenamente establecido debido, al menos en parte, a las dificultades para diferenciar entre causa y efecto (Fassino, Piero, Boggio, Piccioni y Garzaro, 2002). Y ello a pesar de la constancia de observaciones clínicas que

apuntan hacia la existencia de esa relación. Un ejemplo lo constituirían las parejas, que tras ser sometidas a los tratamientos de reproducción asistida sin éxito, cuando están inmersas en el proceso de adopción o ya tienen un hijo adoptivo, consiguen de manera espontánea el embarazo y el hijo biológico. Recientemente, Fassino et al. (2002) retoman la idea de la existencia de una personalidad (compuesta por dimensiones estrechamente vinculadas a las alteraciones emocionales) que predispone a la infertilidad. Concretamente afirman que la triada conformada por elevados niveles de ansiedad, depresión y una tendencia a la represión de la ira predice el 97% de los casos de infertilidad funcional. Resultados acordes con los postulados de las teorías psicosomáticas.

ALTERACIONES EMOCIONALES ANTE EL DIAGNÓSTICO

En el momento de conocer el diagnóstico y casi con independencia del tipo de enfermedad crónica que consideremos, los sujetos suelen experimentar alteraciones emocionales que han sido interpretadas: 1) como una reacción normal, 2) como un cuadro psicopatológico, 3) como una reacción anticipatoria de duelo, especialmente en aquellas enfermedades con un pronóstico mortal y 4) como un síntoma más del proceso morboso.

Son las dos primeras posibilidades las que han suscitado mayor polémica. Es frecuente encontrar referencias sobre la aparición de trastornos depresivos y ansiosos en pacientes seropositivos, oncológicos, diabéticos, con alteraciones cardiovasculares, etc. (Fisher, Thorpe, Devellis y Devellis, 2007; Oxlad y Wade, 2008; Pence, Miller, Gaynes y Eron, 2007; Power, Brown y Ritvo, 2008), así como en infértiles (Castro, Borrás, Pérez-Pareja y Palmer, 2001; Moreno-Rosset, 2000; Verhaak, Smeenk, Evers,

TABLA 2
CONSIDERACIONES SOBRE LAS ALTERACIONES EMOCIONALES EN PAREJAS EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Consideraciones sobre las alteraciones emocionales en parejas en reproducción asistida
✓ Las parejas con problemas de infertilidad no constituyen un grupo homogéneo
✓ La evolución de las alteraciones emocionales está determinada, al menos en parte, por la propia evolución de los tratamientos
✓ No siempre estas alteraciones cumplen criterios clínicos que permitan considerarlas como entidades clínicas. Esto tiene notables implicaciones en la evaluación y tratamiento psicológicos
✓ Existe un notable grupo de parejas que no presentan alteraciones emocionales

Kremer, Kraaimaat y Braat, 2007), pero varía en función de cada autor la consideración de esas alteraciones como síntomas depresivos y/o ansiosos reactivos y temporalmente limitados y quienes lo clasifican como alteraciones clínicas. Para Ibáñez (1991) esta situación es el resultado de haber soslayado el componente emocional de los estados depresivos y considerarlos únicamente en su versión psicopatológica *"Por lo general se ha tendido a olvidar que la depresión, bien como síndrome o como respuesta a determinadas situaciones, es una emoción o, al menos, tiene un fuerte componente emocional. Este olvido, parece haber llevado a los clínicos a centrarse más en el análisis de los procesos patológicos de la depresión que en los componentes emocionales de la misma"* (pág 40).

Siguiendo esta misma línea argumental, consideramos que 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 (véase en este mismo número el trabajo de Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores). Sin embargo, es frecuente encontrar una confusión entre ambos términos en las investigaciones sobre el tema. De manera que se suele hablar de "depresión" o "ansiedad" considerándolas como entidades clínicas, cuando han sido detectados exclusivamente a través de cuestionarios y medidas de autoinforme, creadas para la valoración de la intensidad o las modificaciones de las alteraciones emocionales y, por tanto, sin capacidad diagnóstica. Y aún así, cuando las puntuaciones obtenidas se comparan con la población normativa, no siempre alcanzan diferencias estadísticamente significativas o, en todo caso, no llegan a alcanzar el punto de corte indicativo de una puntuación anormalmente elevada, como asimismo destaca Llavona en este mismo monográfico. Por tanto, es de enorme utilidad la reciente creación en España del (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008), porque evalúa tanto los aspectos negativos de la infertilidad (Desajuste Emocional) como positivos (Recursos Adaptativos) y, además, está validado en población infértil, eliminando los posibles sesgos que pueden tener la aplicación de instrumentos con estándares obtenidos en población general.

Sin embargo, el escaso número de pruebas validadas para aplicar a personas infértiles, justifica el que en los trabajos de investigación se utilicen los cuestionarios clásicos de ansiedad y depresión para evaluar las consecuencias del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad

y, además, no se suele estudiar aspectos positivos como por ejemplo, el bienestar psicológico. Sirva como ejemplo, el estudio realizado por Ardeni, Campari, Agazzi y Battista (1999), uno de los escasos trabajos en los que se evalúa junto a las repercusiones emocionales, aspectos de bienestar y personalidad y en el que se define aspectos positivos de las mujeres que reciben tratamientos de FIV como *"firmemente ancladas en la realidad, orientadas hacia el presente y con una actitud positiva hacia la vida; no hay signos de hipocondría o ansiedad con respecto a su integridad física. No muestran alteraciones en la autonomía o en la integración del yo ni problemas en la adaptación social o de comunicación. No están presentes los pensamientos depresivos pero si los de esperanza, con equilibrio entre el optimismo y el pesimismo y una adecuada capacidad para controlar sus emociones. No muestran sentimientos de malestar ante lo desconocido"*. A pesar de ello, a lo largo de su trabajo, los autores analizan la "ansiedad" y su relación con variables tales como el diagnóstico, las distintas fases de los tratamientos o el tiempo de duración de los mismos.

Otros estudios (Oddens, Den Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1999) comparan los niveles de ansiedad o depresión que presentan las parejas infértiles frente a las parejas con hijos y concluyen que existen mayores niveles de humor depresivo. Resultados similares encuentran Ozkan y Baysal (2006) al comparar los niveles de ansiedad entre una muestra de mujeres infértiles con un grupo control de mujeres con hijos, encontrando que el grupo de personas infértiles presentan puntuaciones de ansiedad significativamente superiores. El mismo resultado ha sido encontrado en población española por Moreno-Rosset y Martín (2008).

Chen, Chang, Tsai y Juang (2004) analizan la existencia de alteraciones psiquiátricas (no sólo ansiedad y depresión) en parejas que acuden a una Unidad de Reproducción Asistida. Una de sus principales aportaciones es haber realizado la exploración psicopatológica a través de entrevista diagnóstica y no exclusivamente en función de las puntuaciones que los sujetos obtienen en cuestionarios. Los resultados muestran que el 40,2% de la muestra presenta, al menos, un trastorno psicopatológico. Efectivamente, los cuadros depresivos y los de ansiedad son los de mayor prevalencia. Los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes (28,6% de las mujeres que integran su muestra) predominando los trastornos de ansiedad generalizada (81,2%). Con una prevalencia similar, se sitúan los trastornos del humor

(26.8% de las pacientes); el 63,3% eran cuadros de depresión mayor y el 36,7% restante de distimia. Otro de los resultados a destacar es el bajo porcentaje de mujeres con diagnóstico psiquiátrico que habían consultado a profesionales de la salud mental (tan sólo el 6,7%) un dato que ya había sido puesto de manifiesto en estudios anteriores (Boivin, Scanlan y Walker, 1999). Los propios autores plantean la posibilidad de que exista un sesgo cultural en sus resultados, ya que hay notables diferencias en la importancia que las distintas sociedades conceden al tener o no descendencia.

La depresión y la ansiedad se han convertido en un tópico cuando hablamos de la psicopatología que caracteriza a las parejas en reproducción asistida. Pero también es cierto que los trabajos publicados sobre el tema, se centran casi exclusivamente en la detección y estudio de estas dos alteraciones, siendo pocos los estudios que especifiquen el momento preciso de las evaluaciones psicológicas (diagnóstico, fases del tratamiento, resultados o repeticiones de tratamientos). Y es lógico que tan sólo se encuentre aquello que se busca. Al realizar la búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline, Serfile, CAB Health, PsycINFO, desde el año 1980 hasta la actualidad encontramos, al utilizar como descriptores "infertility" and "psychopathology" 21 artículos; con el descriptor "personality disorder", 2 artículos; con "psychosis" 2 artículos, con "sexual disorder" 1 artículo; con "eating disorder" 10 artículos, con post traumatic stress disorder" 1 artículo; con "anxiety" 134 y con "depression" 129 artículos. No hemos encontrado ningún artículo con los descriptores "dissociative disorder", "obsessive compulsive disorder" o "somatoform disorder"

ALTERACIONES EMOCIONALES DURANTE LOS TRATAMIENTOS

Los notables avances técnicos y médicos han generado en la población general elevadas (e irreales) expectativas sobre la eficacia de los tratamientos de reproducción asistida. En un momento histórico en el que es posible la clonación de un ser vivo ¿cómo no va a ser posible ayudar a parejas sanas a que puedan tener hijos?. Esta actitud, que también comparten quienes acuden a las unidades de reproducción asistida, incrementa notablemente las expectativas y hace que se interpreten los tratamientos como la panacea para satisfacer el deseo de tener un hijo. En los primeros momentos del diagnóstico de la enfermedad, esta creencia ayuda a las parejas a acomodarse y adaptarse a la agresividad de los proce-

dimientos médicos así como a su interferencia en la vida privada y en la dinámica cotidiana. En realidad, la confrontación con la idea de que no es posible tener un hijo biológico resulta más disruptora y ansiógena que el malestar que se deriva de los tratamientos. Los tratamientos se convierten así, en un complemento del propio sujeto, que incrementa su capacidad reproductiva y compensa su sentimiento de "inferioridad del órgano" (Ardenti et al, 1999). Se ha señalado igualmente que los avances en los tratamientos de reproducción asistida (como por ejemplo, la fecundación in vitro con inyección intracitoplasmática (FIV-ICSI) disminuyen los niveles de ansiedad e incluso de depresión en las parejas, ya que incrementa su percepción de que suponen una solución a sus problemas y a sus anhelos de paternidad y de maternidad (Holter, Anderheim, Bergh y Möller, 2007)

Aunque existen distintos tipos de tratamientos de reproducción asistida, la mayor parte de los conocimientos adquiridos por la psicología de la reproducción se centran en las consecuencias y la adaptación de parejas infértiles que están recibiendo tratamientos de fecundación in vitro (FIV). Un tratamiento que puede repetirse durante años, sucediéndose los fracasos terapéuticos. La influencia que ejercen en el estado emocional de las parejas no sólo aparecen a largo plazo, sino que las emociones negativas pueden evolucionar a lo largo de la aplicación de un solo ciclo de FIV. Así, de manera genérica, se elevan, en relación al nivel basal, durante la punción para la extracción de oocitos y la transferencia embrionaria y se incrementan aún más cuando el ciclo no es exitoso. Pero si la mujer no dispone de un número suficiente de óvulos maduros para realizar la punción y, por tanto, no se puede finalizar el ciclo de tratamiento, los niveles de ansiedad y estrés se elevan, incluso cuando se compara con la fase de extracción de oocitos y de transferencia de embriones (Slade, Emery y Lieberman, 1997).

Son numerosos los estudios que confirman la existencia de elevados niveles de ansiedad tras los fracasos terapéuticos, e incluso se ha señalado la aparición de ideación suicida en la cuarta parte de las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida (Baram, Tourtelot, Muecheler y Huang, 1988). El mayor impacto emocional tiene lugar tras el primer ciclo de tratamiento y puede persistir durante semanas (Newton, Hearn y Yuzpe, 1990), si bien tanto la aparición de estas alteraciones como la intensidad de las mismas están determinadas por variables individuales, tales como la predisposición a la ansiedad o la presencia de síntomas

depresivos antes del tratamiento (Ardenti et al, 1999). No debemos olvidar la influencia que los fármacos pueden tener en la aparición de sintomatología depresiva. Es lo que ocurre, por ejemplo, con los agonistas de las hormonas liberadoras de gonadotropina (utilizadas para disminuir las lesiones del endometrio y la aparición del dolor asociado a la endometriosis por supresión de las hormonas ováricas) cuya utilización puede generar cuadros depresivos en porcentajes que oscilan entre el 23% y el 54%, labilidad emocional en el 60% y disminución de la libido en el 61%. En ocasiones estos cuadros depresivos cursan con ansiedad o incluso con sintomatología psicótica (TAP Pharmaceutical Inc, 1995, Zeneca Pharmaceutical, Warnock, Bundren y Morris, 2000).

Hemos de resaltar nuevamente, las diferencias que, en función del género, se producen en el impacto emocional y la aparición de alteraciones psicopatológicas como consecuencia de los tratamientos. Los hombres mantienen mejores niveles de equilibrio emocional que las mujeres, sin que en algunos estudios (Dhillon et al, 2000) se detecten diferencias en el nivel de bienestar emocional entre hombres en tratamiento de inseminación y quienes están esperando un hijo. En realidad, parece que el desajuste emocional se encuentra más relacionado con *la percepción de amenaza a la propia masculinidad o los sentimientos de fracaso en el cumplimiento de rol* que con el diagnóstico o el tratamiento (Mahlstedt, 1994). A pesar de los escasos niveles de alteraciones emocionales que presentan los hombres con problemas de infertilidad, un porcentaje relativamente elevado de ellos (entre el 24% y el 33%) manifiestan, tras la aplicación de un ciclo de tratamiento sin éxito, que sería útil recibir ayuda y apoyo psicológico, lo que nos indica que los tratamientos de infertilidad, independientemente de su papel como detonante de psicopatología, suponen un acontecimiento estresante que conlleva un elevado gasto de energía y supone continuos esfuerzos por mantener el equilibrio emocional (Holter et al, 2007).

En lo que se refiere a los efectos de los sucesivos tratamientos, se ha señalado que conforme éstos se acumulan y pasa el tiempo, los niveles de ansiedad van progresivamente disminuyendo, probablemente porque también disminuye los niveles de incertidumbre (Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine, 2003; Berg y Wilson, 1991, Boivin et al, 1999).

Disponemos de escasa información sobre la adaptación a largo plazo o la persistencia de alteraciones emocionales de las parejas que no han conseguido la gestación. Destaca en este sentido el trabajo realizado

por Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad y Lalos (2007) en el que entrevistan a 14 mujeres que, 20 años después de haberse sometido a los tratamientos de reproducción asistida no tenían hijos. Entre sus resultados, los propios autores resaltan la intensidad de emociones y la viveza con la que, a pesar del tiempo transcurrido, recordaban el proceso de la reproducción asistida. Curiosamente, seguían presentes las emociones negativas, la sensación de "estar incompleta" y cierto estigma social, si bien se había desplazado de la imposibilidad de "ser madre" hacia la imposibilidad de "ser abuela".

El desajuste emocional no sólo constituye una consecuencia de los tratamientos de reproducción asistida sino que se relaciona con la tasa de éxito de los mismos. Se produce así, una concatenación de relaciones causa-efecto en la que los tratamientos generan alteraciones emocionales, las cuales a su vez, inciden sobre el éxito o fracaso terapéutico. Se han desarrollado diversos modelos para determinar qué variables predicen el éxito de los tratamientos si bien la mayoría de ellos suelen incluir casi exclusivamente variables biológicas y médicas, tales como la edad, la duración de la enfermedad, las gestaciones previas o el tipo de infertilidad (Templeton, Morris y Parslow, 1996). Son escasos los modelos que incluyen las variables psicológicas, con resultados contradictorios sobre qué estado emocional juega un papel más determinante. Así, Smeenk, Verhaak, Eugster, Van Minnen, Zielhuis y Braat (2001) concluyen que, aunque tanto la depresión como la ansiedad contribuyen a la predicción del embarazo, la ansiedad tiene mayor poder discriminativo que la depresión, mientras que Thiering, Beaurepaire, Jones, Saunders y Tennant (1993) consideran que la depresión es mejor predictora que la ansiedad. Es probable que esta disparidad sea consecuencia de los sesgos metodológicos (debido a la composición de las muestras, o los instrumentos evaluativos utilizados o las variables médicas incluidas). Aunque consideramos que el factor determinante es la fase o el momento del tratamiento en que se encuentra la pareja.

En cualquier caso, existen suficientes evidencias sobre los mecanismos por los cuales el estrés incide en la infertilidad: de manera indirecta, a través de las alteraciones en las relaciones sexuales o de manera directa, a través del sistema nervioso autónomo, del sistema endocrino y del sistema inmune (Johnson, Kamilaris, Chrousos y Gold, 1992; Meyerhoff, Oleshansky, Kalogeras, Mougey, Chrousos y Granger, 1990). Para más información sobre la relación entre estrés e infertilidad, puede consultarse el trabajo de Campagne en este mismo monográfico.

ALTERACIONES EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO Y LA CRIANZA

La paternidad y la maternidad constituyen un periodo de cambios inter e intrapersonales, que puede conllevar la aparición de conflictos inesperados (Repokari et al., 2007). Uno de los más significativos es el ajuste que supone para la dinámica de la pareja la transición de la diada a la triada (Perren, von Wyl, Simoni, Stadlmayr, Buergin y von Klitzing, 2003). Teniendo en cuenta que el nacimiento de un hijo supone, en todos los casos, un periodo de estrés y adaptación, resulta difícil diferenciar las consecuencias emocionales que aparecen en las parejas que conciben gracias a los tratamientos de reproducción asistida y las que lo hacen de manera natural. Es frecuente que, además estas parejas presenten una elevada edad media, y con frecuencia, se enfrentan a una maternidad o paternidad múltiple, lo que las aleja del perfil medio poblacional. Así, la sintomatología que presentan las parejas multiparas sometidas a técnicas de reproducción asistida no difiere significativamente de otras parejas con partos múltiples (Ellison y Hall, 2003). Y, al igual que en la población general, las madres multiparas con antecedentes de infertilidad presentan más síntomas depresivos que las parejas infértiles con un solo hijo (Glazebrook, Sheard, Cox, Oates y Ndukwe, 2004).

Los abortos espontáneos, suelen producirse en un 20%-25% de las parejas en reproducción asistida (Wilcox, Baird y Weinberg, 1999), cifra que se incrementa en edades superiores a los 35 años o cuando se han producido otros abortos previos (Pezeshka, Feldman, Stein, Lobel y Grazi, 2000). Los abortos representan uno de los acontecimientos más traumáticos en relación con los tratamientos de reproducción asistida y con la vivencia de maternidad y paternidad. Las parejas poliabortadoras presentan elevados niveles de depresión y ansiedad (Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad y Weiner, 1996, Janssen, Cuisinier, Hoogduin y De Graauw, 1996), que persisten a lo largo del tiempo (Broen, Moum, Bodtker y Ekeberg, 2005) e incrementan la vulnerabilidad al desarrollo de cuadros de depresión mayor (Bernazzani y Bifulco, 2003; Franche y Mikail, 1999).

Antes de finalizar, queremos volver a resaltar la existencia de parejas que presentan adecuados niveles de adaptación al diagnóstico y a los tratamientos de reproducción asistida y que no presentan alteraciones de ningún tipo o las afrontan exitosamente. Sería pues necesario, seguir investigando en las variables que nos ayuden a detectar a las parejas que pueden mostrar ma-

yor riesgo para el desarrollo de alteraciones emocionales y que deberían constituir el objetivo prioritario de las intervenciones psicoterapéuticas.

REFERENCIAS

- Anderson, KM., Sharpe, M., Rattray, A. e Irvine, DS. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 353-355
- Ardenti, R., Campari, C., Agazzi, L. y Battista, G. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization; exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*, 14, 3126-3132.
- Baram, D., Tourtelot, E., Muecheler, E. y Huang, K. (1988). Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilisation. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 9, 181-190.
- Berg, BJ. y Wilson, JF. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 11-26
- Bernazzani, O. y Bifulco, A. (2003) Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social Science & Medicine*, 56, 1249-1260.
- Beutel, M., Wilner, H., Deckardt, R., Von Rad, M. y Weiner H. (1996). Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 245-253.
- Boivin, J., Scanlan, LC., Walker, SM. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counseling? *Human Reproduction*, 14, 1384-1391.
- Broen, A., Moum, T., Bodtker, A. y Ekeberg, O. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five year follow-up study. *British Medical Care Medicine*, 3, 18.
- Castro, C., Borrás, C., Pérez-Pareja, F.J. y Palmer, A.L.(2001). Respuestas emocionales en mujeres que se encuentran en tratamiento de reproducción asistida. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 283-291.
- Chen, TH., Chang, SP., Tsai, CF., Juang, KD. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 9, 2313-2318.
- Dhillon, R., Cumming, CE. y Cumming, DC. (2000). Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*, 74, 702-706.

- Domar, AD., Friedman, R. y Zuttermeister, PC. (1999). Distress and conception in infertile women: a complementary approach. *Journal of American Medical Women's Association* (1972), 54 (4), 196-199.
- Domar, AD., Zuttermeister, PC. y Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 14, 45-52.
- Ellison, MA. y Hall, JE. (2003). Social stigma and compounded losses: quality of life issues for multiple-birth families. *Fertility and Sterility*, 80, 405-414.
- Facchinetti, F., Demyttenaere, K., Fioroni, L., Neri, I. y Genazzani AR. (1992) Psychosomatic disorders related to gynecology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 137-154.
- Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V. y Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17, 2986-2994.
- Fisher, EB., Thorpe, CT., Devellis, BM. y Devellis, DF. (2007). Healthy coping, negative emotions, and diabetes management. A systematic review and appraisal. *Diabetes Education*, 33, 1104-1106.
- Franché, RL. y Mikail, SF. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science & Medicine*, 48, 1613-1623.
- Glazebrook, C., Sheard, C., Cox, S., Oates, M. y Ndukuwe, G. (2004). Parenting stress in first-term mothers or twins conceived after in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 81, 505-511.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C. y Möller, A. (2007). The psychological influence of gender infertility diagnoses among men about to start IVF or ICSI treatment using their own sperm. *Human Reproduction*, 22, 2559-2565.
- Ibáñez, E. (1991). Reflexiones sobre la relación entre depresión y cáncer. En E. Ibáñez (ed): *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro.
- Janssen, H., Cuisinier, M., Hoogduin, K. y De Graauw, K. (1996). Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American Journal of Psychiatry*, 153, 226-230.
- Johnson, EO., Kamilaris, TC., Chrousos, GP. y Gold, PW. (1992). Mechanism of stress: a dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 16, 115-130.
- Kee, BS., Jung, BJ. y Lee, SH. (2000). A study on psychological strain in IVF patients. *Journal of Assisted Reproduction Genetic*, 17, 445-448.
- Mahlstedt, PP. (1994). Psychological issues of infertility and assisted reproductive technology. *Urology Clinical of North America*, 21, 557-566.
- Meyerhoff, JL., Oleshansky, MA., Kalogeras, KT., Mougey, EH. Chrousos, GP. y Granger, LG. (1990). Neuroendocrine responses to emotional stress: possible interactions between circulating factors and anterior pituitary hormone release. *Advances in Experimental and Medical Biology*, 274, 91-111.
- Moreno-Rosset, C. (2000). 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., Antequera, R. y Jenaro C. (2008). *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. Premio TEA Ediciones 2007. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C. y Gómez, Y. (2008). La Psicología de la Reproducción: la necesidad del psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud* (en prensa).
- Moreno-Rosset, C. y Martín, M.D. (2008). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés*, 14 (en prensa).
- Nachtigall, RD., Becker, G. y Wozny, M. (1992). The effects on gender-specific diagnosis on men and women response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57, 113-121.
- Newton, CR., Hearn, MT. y Yuzpe, AA. (1990). Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization; assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*, 54, 879-886.
- Oddens, BJ., Den Tonkelaar, I. y Nieuwenhuyse, H. (1999) Psychosocial experiences in women facing fertility problems. A comparative survey. *Human Reproduction*, 14, 255-261.
- Ozkan, M. y Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in turkey. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 33 (1), 44-46.
- Oxlad, M. y Wade, TD. (2008). Longitudinal risk factors for adverse psychological functioning six months after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Health Psychology*, 13, 79-92.
- Pence, BW., Miller, WC., Gaynes, BN. y Eron, JJ. (2007). Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficit Syndrome*, 44, 159-166.

- Perren, S., von Wyl, A., Simoni, H., Stadlmayr, W., Buer-
gin, D. y von Klitzing K. (2003). Parental psychopathol-
ogy marital quality and the transition to parenthood.
American Journal of Orthopsychiatry, 73, 55-64.
- Pezeshka, K., Feldman, J., Stein, DE., Lobel, SM. y Grazi
RV. (2000). Bleeding and spontaneous abortion after
therapy for infertility. *Fertility and Sterility*, 74, 504-508.
- Power, J., Brown, L. y Ritvo, P. (2008). A qualitative study
examining psychosocial distress, coping, and social sup-
port across the stages and phases of epithelial ovarian
cancer. *Health Care Women*, 29, 366-383.
- Repokari, L., Punamäki, RL., Unkila-Kallio, L., Vilska, S.,
Poikkeus, P., Sinkkonen, J., Amlqvist, F., Tittinen, A. y
Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital
relationships: a 1 year prospective study among suc-
cessfully treated ART couples and their controls. *Hu-
man Reproduction*, 22, 1481-1491.
- Selye, H. (1950). Stress: a treatise based on the concepts
of the general adaptation-syndrome and the disease
of adaptation. *Montreal, Montreal*.
- Slade, P., Emery, J. y Lieberman, BA. (1997). A prospec-
tive, longitudinal study of emotions and relationships
in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*,
12, 183-190.
- Smeenk, JMJ., Verhaak, CM., Eugster, A., Van Minnen,
A., Zielhuis, GA. y Braat, D.D.M. (2001). The effect of
anxiety and depression on the outcome of in-vitro fer-
tilization. *Human Reproduction*, 15, 1420-1423.
- TAP Pharmaceutical, Inc. Lupron. (1995). *Depot 3. 75
professional information brochure*. Osaka. TAP Phar-
maceutical.
- Templeton, A., Morris, JK. y Parslow, W. (1996). Factors
that effect outcome of in-vitro fertilization treatment.
Lancet, 348, 1402-1406.
- Thiering, P., Beaurepaire, J., Jones, M., Saunders, D. y
Tennant, F. (1993). Mood as a predictor of treatment
outcome after in vitro fertilization/embryo transfer
technology (IVF/ET). *Journal of Psychosomatic Re-
search*, 37, 481-491.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kre-
mer, J. A. M., Kraaimaat, F. W. y Braat, D. D. M.
(2007). Women's emotional adjustment to IVF: A sys-
tematic review of 25 years of research. *Human repro-
duction update*, 13(1), 27-36.
- Warnock, JK., Bundren, JC., Morris, DW. (2000). De-
pressive mood symptoms associated with ovarian sup-
pression. *Fertility and Sterility*, 74, 984-986.
- Wilcox, AJ., Baird, DD. y Weinberg, CR (1999). Time of
implantation of the conceptus and loss of pregnancy.
New England Journal of Medicine, 340, 1796-1799.
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, SE. y La-
los, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertili-
ty treatment. *Human Reproduction*, 22, 598-604.
- Zeneca Pharmaceutical. Zoladex. (1995). *3,6 mg profes-
sional information brochure*. Wilmington. Zeneca
Pharmaceutical.