

TERAPIA DE PAREJA EN INFERTILIDAD

Noelia Flores Robaina¹, Cristina Jenaro Río¹ y Carmen Moreno Rosset²

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

La infertilidad suele suponer una "crisis vital" para las personas que la padecen y sus parejas. El impacto psicológico experimentado en estos momentos puede repercutir negativamente en la relación de ambos cónyuges. En estos casos, la intervención profesional debe centrarse en ayudar a la pareja a superar el diagnóstico y a afrontar con éxito los problemas ocasionados en su relación. El objetivo de este trabajo consiste en exponer los principales problemas de pareja que suelen ocurrir como consecuencia de la infertilidad así como describir el procedimiento de actuación del psicólogo para el tratamiento de las parejas con problemas en su relación durante las fases de diagnóstico y tratamiento de reproducción asistida. Finalmente, se comenta brevemente cómo puede ayudar el psicólogo a las parejas que optan por otros procedimientos como donación de gametos u adopción así como a aquellas que deciden finalizar el tratamiento sin utilizar dichas opciones.

Palabras clave: Infertilidad, Problemas de pareja, Terapia de pareja, Consejo psicológico.

Infertility may lead to a "life crisis" for infertile individuals and their partners, and the psychological consequences can have a negative impact on the relationship. In such cases, professional intervention should focus on helping the couple to cope with the diagnosis and with the problems arising in their relationship. The goal of this paper is to discuss the main issues couples may face as a consequence of infertility and to describe the psychologist's treatment protocol for couples with relationship issues during the phases of diagnosis and treatment with assisted reproduction techniques. Finally, we briefly discuss how the psychologist can help couples who choose other procedures, such as egg donation or adoption, or who opt to discontinue the treatment.

Key words: Infertility, Couples' issues, Couple therapy, Psychological counselling.

Según la Organización Mundial de la Salud, existen en el mundo aproximadamente ochenta millones de parejas con problemas de fertilidad o dificultades para concebir un hijo, es decir, unas quince de cada cien parejas no logran la fertilidad o no pueden llevar a cabo un embarazo a término (Parada, 2006). La infertilidad, por tanto, se define como la incapacidad para concebir tras un año de relaciones sexuales no protegidas, mientras que la esterilidad se considera como la imposibilidad absoluta de concebir. En España se considera que entre el 10 y el 20% de las parejas son infértiles (González, 2000) y se estima que de éstas, al menos un 60% recurrirán a los procedimientos de reproducción asistida para poder concebir un hijo.

Así mismo, existe acuerdo en señalar multitud de factores, además de las alteraciones estrictamente médicas padecidas por el hombre y la mujer, que inciden directa o indirectamente en el aumento de la infertilidad o en los problemas de concepción. Entre dichos factores cabe señalar las enfermedades de transmisión sexual, el consumo elevado de alcohol, tabaco y drogas, algunos

medicamentos, los trastornos de la alimentación, el estrés y la ansiedad así como otros relacionados con los métodos anticonceptivos utilizados (p.e. utilización de dispositivos intrauterinos), el acceso de la mujer al mercado laboral y la edad avanzada a la que se desea tener hijos. Sin embargo, tales condicionantes responsables de la infertilidad no parecen amenazar a priori el equilibrio y bienestar de la pareja. Así por ejemplo una mujer que padezca alguna alteración en las trompas de Falopio que le impida quedarse embarazada o un hombre con una escasa producción de espermatozoides, pueden presentar un perfecto estado de salud, y disfrutar de la vida junto con su pareja a lo largo de toda su vida. En cambio, dichos factores se convertirán en disfuncionales y podrán suponer un obstáculo para las parejas en el momento en que decidan tener un hijo y fracasen en el intento. Será en estos momentos cuando las parejas experimenten frustración y fracaso respecto a sus expectativas y deseos de procreación y de convertirse en padres.

Existe consenso en considerar que la dificultad para tener hijos, cuando existe el deseo de tenerlos, supone una de las situaciones más difíciles a las que tiene que hacer frente la pareja a lo largo de su historia personal y que afecta no sólo a la identidad personal de cada uno de los miembros sino también al proyecto vital de la pareja (Llavona y Mora, 2003; Moreno-Rosset, 2000a). Por

Correspondencia: Noelia Flores Robaina. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Salamanca. Avda. de la Merced, 109-131. 37005 Salamanca. España. E-mail: nrobaina@usal.es

tanto, los procedimientos diagnósticos y los tratamientos de reproducción asistida suelen representar una fuente de estrés adicional para la mayoría de las parejas, que afecta a las distintas áreas de su funcionamiento habitual. Pese a ello, la posibilidad de concebir un hijo supone para estas parejas una motivación suficientemente potente como para enfrentarse a posibles desgastes físicos, psicológicos, de relación de pareja, económicos, sociales o familiares (Moreno-Rosset, Núñez y Caballero, 1999).

Los individuos en esta situación se ven enfrentados, en muchas ocasiones, a una crisis que genera sentimientos de angustia, pérdida y frustración importantes. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que la infertilidad puede dar lugar a alteraciones psicológicas como ansiedad elevada, depresión, baja autoestima, estrés, ira, sentimientos de culpa y pérdida de control de la propia vida (Gerrity, 2001; Guerra, 1998; Moreno-Rosset, 2000a; McQuillan, Greil, White y Jacob, 2003; Sanjuán, 2000). Otros estudios han concluido que la infertilidad afecta a la calidad de vida de las parejas siendo menor que la satisfacción experimentada por aquellos que no padecen este problema (Schanz, Baeckert-Sifeddine, Braeulich, Collins, Batra, Gebert, Hautzinger y Fierlbeck, 2005; Van der Akker, 2005).

Con respecto a la relación de pareja, también se ha constatado que la infertilidad puede ocasionar dificultades en la relación marital, tanto en el ámbito afectivo como en el de la comunicación, la relación sexual o incluso de la afiliación (Leiblum, 1997; Olivius, Friden, Borg y Bergh, 2004). En esta línea, Burns y Covington (1999) encontraron que la infertilidad alteraba la comunicación, hacía que disminuyera el interés por la pareja, empobrecía la relación sexual y podía provocar que los miembros de la pareja se replantearan seguir juntos.

Pese a esto, otras investigaciones sugieren que la infertilidad aumenta la unión, el amor, el apoyo en la pareja y además supone una experiencia de crecimiento personal para ambos cónyuges (Callan, 1987; Pasch y Christensen, 2000). Factores como la calidad de la relación de pareja y el adecuado ajuste marital antes de la aparición del problema de infertilidad parecen explicar el mantenimiento y fortalecimiento de la relación tras la aparición del mismo (Cutrona, 1996; Peterson, Newton y Rosen, 2003).

Todas estas evidencias dan cuenta de la infertilidad como un problema complejo con una amplia variedad de manifestaciones y ante el que cada pareja puede responder de manera diferente. Tal variabilidad puede explicarse, de acuerdo con Gerrity (2001), por el tipo de

infertilidad que presente la pareja, por el modo de afrontar el problema y por el rol que adopte cada miembro.

Pese a todo, se afirma de forma unánime que la infertilidad es un problema que afecta a la pareja como entidad unitaria y que así debe ser tratado en terapia psicológica (veáse Ávila y Moreno-Rosset en este mismo número; Guerra, Llobera, Veiga y Barri, 1988; Lechner, Bolman y Van Dalen, 2007; Moreno-Rosset, 2000a; Wischman, 2005; Wischman, Stammer, Scherg, Gerhard y Verres, 2001). Por tanto, es probable que aquellas parejas que presenten un buen ajuste marital, una visión compartida del problema y una adecuada comunicación entre ambos miembros afronten de manera más saludable su situación de infertilidad e incluso salgan fortalecidas de la misma, frente a aquellas otras para las que la infertilidad supondrá un problema de tal intensidad que ponga en juego su propia relación de pareja. Estas últimas centraran nuestro interés a lo largo del presente trabajo.

CONSECUENCIAS DE LA INFERTILIDAD EN LA RELACIÓN DE PAREJA

Como hemos venido diciendo, la infertilidad constituye una situación de estrés crónico comparable con el divorcio, la muerte de algún familiar o incluso con una enfermedad crónica como el cáncer o el sida (Domar, Zuttermeister y Friedman, 1993). De hecho, las parejas infértiles se someten a un régimen estresante de visitas continuas al médico, tratamientos farmacológicos, relaciones sexuales programadas e intervenciones quirúrgicas que suponen una carga para su vida diaria y que puede afectar de alguna manera a su estado emocional, social, físico e, incluso, intelectual (Moreno-Rosset, 1999; 2000b). No es de extrañar, por tanto, que todo ello suponga una crisis vital que amenace la estabilidad de la pareja cuando la relación entre sus miembros no sea lo suficientemente sólida (Mahlsted, 1994).

En la literatura científica encontramos también numerosas evidencias respecto a los principales problemas de pareja asociados a la infertilidad. Entre los más estudiados destacan las dificultades en la comunicación interpersonal y los problemas sexuales. Respecto al primero, diferentes autores han constatado que la dificultad para comunicarse puede aumentar durante el tratamiento de reproducción asistida como consecuencia del elevado estrés experimentado por la pareja (Newton, Sherrad, y Glavad, 1999; Schmidt, Holstein, Christensen y Boivin, 2005). Otros autores, por su parte, ponen de manifiesto que los problemas de comunicación se originan cuando la pareja no expresa

abiertamente sus sentimientos respecto a la infertilidad y cuando no comparten una misma visión sobre el problema (Pash y Christensen, 2000). Así, es frecuente encontrar a parejas con problemas de comunicación que se han originado porque uno de los cónyuges (generalmente el marido), con la intención de proteger a su esposa y no generarle un mayor sufrimiento, no expresa sus emociones y las reprime ante la pareja. Como consecuencia, la esposa experimenta desatención que acaba provocándole resentimientos hacia el cónyuge y que le lleva a pensar que éste no está experimentando sus mismas emociones. Tales pensamientos suelen aumentar la angustia y la tensión entre los miembros de la pareja. En estos casos, el psicólogo deberá ayudarles a normalizar sus sentimientos ante la infertilidad y enseñarles a expresar abiertamente sus emociones para reestablecer el adecuado equilibrio en la pareja.

Por otro lado, la vida sexual de la pareja también suele resentirse como consecuencia de la infertilidad haciendo que, en muchos casos, disminuya la calidad y frecuencia de las relaciones sexuales. Diferentes autores concluyen que la infertilidad produce un descenso del deseo sexual, problemas de eyaculación, dificultades para conseguir el orgasmo e insatisfacción sexual en general (Daniluk y Tench, 2007; Read, 2004; Wirtberg, Moller, Hogstrom, Tronstad y Lalos, 2007). Al parecer, tener que programar las relaciones sexuales en días concretos del ciclo o hacer que éstas adquieran un carácter meramente reproductor lleva a la pérdida de la espontaneidad, que es uno de los principales problemas que suele afectar a las parejas y por el que suelen solicitar ayuda e intervención profesional (Moreno-Rosset, 1999). En otros casos, sin embargo, el sexo se convierte en una experiencia dolorosa por la incapacidad para concebir. Ante estos problemas, la misión del profesional será ayudar a la pareja a recuperar el placer, la satisfacción y la comunicación afectiva y también habrá de intervenir en aquellas parejas que presenten disfunciones sexuales.

Hasta aquí hemos expuesto cómo la infertilidad es un acontecimiento vital estresante que genera un fuerte impacto emocional en el individuo y que puede amenazar a la relación de pareja. Por tanto, la terapia de pareja será recomendable en aquellos casos en los que el equilibrio de la relación se haya visto alterado como consecuencia de la infertilidad y también en aquellos otros en los que, aunque inicialmente no haya problemas, la pareja pueda estar en riesgo de tenerlos.

Los procedimientos más utilizados en el tratamiento psicológico de parejas infértiles son los derivados de la terapia cognitivo-conductual. Dichas técnicas han

demostrado su eficacia tanto en el afrontamiento del diagnóstico de la infertilidad como durante el tratamiento de la misma (véase Ávila y Moreno-Rosset y Campagne en este mismo número; Moreno-Rosset, 1999; Pash y Christensen, 2000). Así mismo, los objetivos que se persiguen con la terapia de pareja en estos casos son: (1) la enseñanza de habilidades afrontamiento respecto a su situación de infertilidad; (2) la mejora la calidad de la comunicación e interacción en la pareja; (3) el aprendizaje de habilidades para solucionar los conflictos en la relación de pareja derivados de la infertilidad; y (4) la ayuda en la búsqueda de soluciones y alternativas ante la posibilidad de un futuro sin hijos (Stammer, Wischmann y Verres, 2002).

TERAPIA DE PAREJA DURANTE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD

Según Moreno-Rosset (2006), el tratamiento psicológico de la pareja infértil debe comenzar en el mismo momento en que ésta tiene conocimiento del problema debido a que la fase de diagnóstico suele suponer una "crisis vital" que se acompaña de sensaciones de culpa, impotencia, falta de control, estrés, y en definitiva, de una gran sobrecarga emocional (Witkin, 1995). En este momento es frecuente que la pareja experimente emociones que pueden afectar negativamente a su relación (Parada, 2006). Entre las reacciones más comunes destacan (Read, 1995):

- Estado de shock: para muchas parejas la infertilidad es una realidad difícil de aceptar y algunas responden con sentimientos de incredulidad. En esta fase son frecuentes las reacciones emocionales intensas e incluso los sentimientos de entumecimiento emocional.
- Negación: la pareja piensa que el diagnóstico es equivocado y muchas suelen solicitar otras opiniones médicas.
- Culpa-culpabilización: este sentimiento es muy común en las personas con problemas de fertilidad. En un intento por determinar el porqué de su infertilidad, un miembro de la pareja puede pensar que sus anteriores comportamientos han causado el problema. Frecuentemente el miembro portador del problema suele sentir que está privando a su pareja de la posibilidad de tener hijos. En otros casos los miembros de la pareja llegan a culparse uno al otro por su incapacidad para concebir, experimentando resentimiento y rabia hacia el cónyuge.
- Pérdida de control: descubrir la infertilidad en la pareja desmonta los sentimientos de control sobre la propia vida, dejando a un lado otros aspectos de la

vida individual y de pareja para centrarse en el tratamiento.

- Aislamiento social: es frecuente que la pareja busque aislarse como una manera de protegerse ante sentimientos como la rabia o la envidia ante otros familiares o amigos que no presentan el problema.

Por tanto, para determinadas parejas, el diagnóstico de la infertilidad puede suponer el inicio de un problema que se extiende a todas las esferas de su vida, incluida su relación. Como hemos comentado previamente, la calidad de la relación mantenida por ambos cónyuges antes del diagnóstico es un factor que amortigua el fuerte impacto emocional asociado al diagnóstico (Pash y Christensen, 2000). Otros factores que también contribuyen al adecuado afrontamiento son los recursos personales, como por ejemplo el estilo de personalidad "resistente", y el apoyo social percibido por la pareja, tanto de familiares como de amigos.

Por ello, ante un primer contacto y con objeto de detectar a parejas susceptibles de tratamiento psicológico el Grupo de Interés de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) constituido en el año 2005 recomienda la aplicación de herramientas de *screening* cuyos resultados puedan servir para determinar a grupos de riesgo y orientar mejor las intervenciones en aquellas parejas con problemas. En el caso que nos ocupa, el Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno, Antequera y Jenaro, 2008) constituye una herramienta muy útil para este fin ya que nos aportará la información necesaria para conocer el ajuste de la pareja y los recursos con los que cuenta para afrontar su situación de infertilidad. Así, se podrá recomendar terapia de pareja a aquellos miembros que obtengan puntuaciones elevadas en desajuste emocional y posean escasos recursos adaptativos. El DERA, por tanto, ayuda en la identificación de áreas prioritarias de intervención con la pareja.

Por otro lado, la intervención del psicólogo en la fase de diagnóstico también se ha de centrar en ayudar a la pareja a normalizar y legitimar los sentimientos y emociones asociadas a este momento. Es importante escuchar a la pareja en sus primeras quejas, contenerlas y normalizar todas las reacciones emocionales que estén experimentando. Para ello, terapeuta deberá prestar atención a todo lo comunicado por la pareja y transmitirles una profunda empatía a través de la escucha activa y la aceptación no crítica de sus vivencias (Moreno-Rosset, 2000a). Es muy importante, por tanto, construir una buena relación terapéutica con la pareja en la que se dispense una buena acogida y se cree un clima agradable y de

confianza. Un buen clima facilitará que la pareja se exprese abiertamente, con libertad y que comunique sus emociones y pensamientos, así como sus dudas y preocupaciones de cara al futuro (Read, 1995).

A continuación el psicólogo ha de ayudar a la pareja a identificar su problema e integrarlo en su vida y en su proyecto de pareja. Este momento debe ser aprovechado por el terapeuta para explorar la comunicación e interacción entre los miembros de la pareja (Moreno-Rosset, Núñez y Caballero, 1999; Moreno y Guerra, 2007). Para ello, pedirá a ambos que expresen el significado que tiene la infertilidad en sus vidas. Como hemos comentado previamente, tener una visión compartida del problema ayuda a las parejas en este momento. No obstante, suele suceder que uno de los cónyuges no tiene la misma visión del problema y que viva la infertilidad con mayor estrés que el otro. En esta línea, Guerra y Tirado (2007) comentan, por ejemplo, que muchas mujeres ven la infertilidad como una discapacidad personal y se culpan por no tener hijos de forma espontánea. Así mismo las autoras sugieren que, ante estos casos, se pregunte a la persona qué piensa sobre el desarrollo de sus capacidades en otras facetas de su vida (p.e. el trabajo), qué piensa su pareja al respecto, cuáles son las ventajas y desventajas de mantener estos pensamientos y finalmente, si consideran que es justo evaluarse por algo de lo que no son responsables.

Ante los casos de pautas de comunicación disfuncionales, el terapeuta puede enseñarles estrategias de comunicación asertiva, de forma que la pareja aprenda a aceptar las vivencias del otro sin resentimiento, aunque no se correspondan con las propias. La pareja debe aprender que cada uno tiene una forma diferente de vivir el problema. Habrá que enseñarles, por tanto, a exponer su dolor y sus necesidades, escuchar y atender a las preocupaciones de su compañero/a y a aceptar la experiencia del otro como válida, sin intentar cambiarla (Guerra y Tirado, 2007). El psicólogo ha de tratar igualmente de fomentar el diálogo y la comunicación activa entre ambos cónyuges mediante la escucha activa, la utilización de los turnos de palabra o acudiendo a otras técnicas como el modelado y el role-playing cuando sus interacciones no sean adecuadas. Además, deberá ofrecer información a la pareja respecto a la situación que están viviendo y los posibles cambios que pueden experimentar en diferentes áreas de su funcionamiento habitual, como por ejemplo, su relación personal, cambios emocionales, su autoestima o incluso su relación sexual (Moreno-Rosset, 2000a). Es muy importante enseñar a la pareja a discutir sobre sus propias respuestas emocionales, de modo que se eviten falsas expectativas sobre el comportamiento del otro.

Respecto a las relaciones sexuales, uno de los principales problemas que puede afectar a la pareja durante el diagnóstico tiene que ver con la pérdida de interés hacia el sexo y la disminución de la frecuencia de los encuentros sexuales. Como ya se ha comentado, el estrés y el fuerte impacto emocional que acompaña a este momento pueden ser la causa de dichas dificultades (Read, 2004). También se ha constatado que tanto los procedimientos diagnósticos como los diferentes tratamientos pueden interferir en la relación sexual de la pareja (Raval, Sald y Lieberman, 1987; Moreno-Rosset, 2000a). En este sentido, no debemos olvidar que, hasta la confirmación del problema de infertilidad, las parejas han podido pasar bastante tiempo centradas en el aspecto reproductivo de su relación, limitando la frecuencia de sus relaciones sexuales a días concretos e incluso absteniéndose de mantener relaciones en momentos determinados, especialmente en los días previos a las pruebas de diagnóstico (Moreno-Rosset, 1999). Por todo ello, es bastante probable que la naturalidad y espontaneidad de sus relaciones se haya perdido y que la motivación por la reproducción sea lo que haya mantenido el deseo sexual. Esto puede convertirse en un problema especialmente cuándo uno de los miembros experimenta una pérdida de satisfacción. Ante estos casos el profesional ha de orientar a la pareja para que “redescubra” su relación y el placer asociado al acto. Además, también se habrá de hacer hincapié en fomentar todas aquellas conductas que vayan más allá de la propia genitalidad y se animará a las parejas a que utilicen otras expresiones y manifestaciones de afecto como son las caricias, los abrazos, los besos y la exploración de otras zonas de placer (López, 2000).

Cuando la solución al problema de infertilidad requiera la aplicación de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), se debe ofrecer información precisa a la pareja sobre las técnicas susceptibles de ser aplicadas en su caso concreto y sobre las ventajas, inconvenientes o posibles riesgos de éstas (Moreno-Rosset, 1999). En este momento el psicólogo deberá ayudar a la pareja a examinar todas las posibles alternativas al problema de fertilidad de tal manera que puedan tomar decisiones informadas sobre los tratamientos a los que van a ser sometidos y respecto a cuándo, cómo y por qué seguir un determinado tratamiento, así como realizar una planificación del mismo. En estos momentos, se puede sugerir la inclusión de la pareja en alguna terapia grupal con objeto de conocer a otros afectados y normalizar así sus vivencias (Moreno y Guerra, 2007).

Cuando la pareja decide iniciar un tratamiento de TRA,

comienza un proceso largo y continuo de toma de decisiones que suele ser vivido también con un elevado nivel de estrés emocional. De hecho, numerosos estudios han encontrado que el nivel de estrés experimentado durante este período afecta a la calidad de vida de la pareja y puede tener consecuencias negativas para la relación (Guerra et al., 1998; Moreno-Rosset, 2000a; Wischmann, 2005). En este sentido, se recomienda trabajar con la pareja sus habilidades de comunicación y sus estrategias de resolución de problemas. Se les ha de enseñar a tomar decisiones de manera ecuanime respecto a los posibles tratamientos a aplicar y a cuándo darlos por finalizados, siendo conscientes y realistas de su propia situación de infertilidad.

Por lo general e independientemente del procedimiento o técnica de RA que se aplique, los tratamientos de infertilidad suelen tener distintas fases: una primera de “tratamiento farmacológico” que consiste en la hiperestimulación ovárica a fin de que se genere la mayor cantidad posible de ovocitos en un ciclo y aumentar así las posibilidades de fecundación y por ende, de embarazo; una segunda fase donde se aplica el procedimiento de RA correspondiente (inseminación artificial con o sin donante de semen o Fecundación in Vitro con todas sus variantes); una tercera fase de espera de resultados y la última fase de obtención de resultados (Moreno-Rosset, 2000a).

Diferentes autores han evidenciado que durante el proceso de tratamiento de TRA, la pareja experimenta una sensación de pérdida de control que puede verse incrementada por otros sentimientos como el fracaso personal o la culpa (véase Llavona en este mismo monográfico). La pareja entrará en un nuevo mundo en el que la toma de decisiones se convierte en una parte integral de su vivencia cotidiana. Frecuentemente, al ir haciéndose presentes los resultados de los tratamientos, y a medida que se van sucediendo los intentos fallidos, la confusión de la pareja aumenta y la toma de decisiones cambia de dirección abruptamente. Es entonces, cuando la pareja puede comenzar a explorar diferentes posibilidades nunca antes planteadas como pueden ser la donación de gametos o la adopción. En estos momentos y durante todo el proceso de tratamiento, aparecerán dudas y esperanzas sobre los resultados, miedo al fracaso, ocultación social del problema u otro tipo de sentimientos como ansiedad, depresión y aislamiento social. Todo ello puede incrementar los problemas en la relación de pareja, especialmente cuando los tratamientos fracasan.

El trabajo del psicólogo con la pareja en estos momentos debe incluir la reestructuración cognitiva, que tendrá

como objeto disminuir los pensamientos negativos y creencias irracionales en la pareja, asociados a los resultados del tratamiento. En este sentido se ha de enseñar a la pareja a sustituir los pensamientos negativos distorsionados por otros más racionales y positivos. También se puede utilizar la detención del pensamiento, el entrenamiento en autoinstrucciones y la prevención de respuesta que constituyen técnicas de gran utilidad para afrontar la posibilidad de fracaso en los ciclos de tratamiento y la recepción de malas noticias (Guerra y Tirado, 2007; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2005).

Por otro lado, durante el proceso de tratamiento y a medida que los ciclos se van sumando, la crisis de la infertilidad se alarga y la comunicación con la pareja suele empobrecerse y convertirse en algo mecánico y desprovisto de intención emocional. Por tanto, resultará esencial apoyar a la pareja en la construcción de un marco de comunicación efectivo donde ambos miembros se permitan expresar sus pensamientos y emociones sin reprochárselos. Así mismo, el psicólogo puede recomendar a la pareja que comunique el problema a su familia y entorno social más cercano para obtener también apoyo de éstos y liberarles de la responsabilidad de cargar en exclusiva con el apoyo emocional mutuo.

Las relaciones sexuales también pueden sufrir cambios durante la fase de tratamiento. Así, éstas pueden llegar a deteriorarse al no ser ya necesarias para conseguir el embarazo y también como consecuencia de ciertos mitos y creencias irracionales que mantiene la pareja (p.e. pensar que se incrementará la posibilidad de embarazo si no se práctica el sexo durante la fase de espera de resultados). El psicólogo puede ayudarles a identificar y cuestionar los pensamientos irracionales y deberá también reeducarles para que recuperen las funciones de placer y de intercambio comunicativo asociadas al acto sexual. Es aconsejable recomendar a la pareja la programación de actividades placenteras que siempre les gustó hacer y que habían abandonado por la infertilidad.

Durante las fases de espera de resultados y también a lo largo de todo el tratamiento, la pareja suele experimentar sentimientos de ansiedad y depresión que pueden incrementarse tras la reiteración de los ciclos de tratamiento y tras los sucesivos intentos fallidos. En las sesiones de terapia se han de explorar todos estos sentimientos y facilitar su expresión emocional. El entrenamiento en relajación es recomendable para estas parejas con el fin de aumentar su autocontrol sobre los cambios emocionales y físicos (Guerra y Tirado, 2007). Así mismo puede suceder que, durante la fase de espera, la

atención de la pareja se centre exclusivamente en este tema y no se tenga otro tema de conversación. En estos casos se recomienda limitar el tiempo de conversación sobre el tema de la infertilidad y programar actividades distractoras y gratificantes (Moreno-Rosset, 1999).

Finalmente, ante el fracaso de determinados tratamientos de RA, se debe ayudar psicológicamente a aquellas parejas que decidan utilizar tratamientos de reproducción asistida con donación de gametos o que opten por la adopción. También se deberá ayudar a las parejas que decidan poner fin al tratamiento sin utilizar estas opciones. Respecto la donación de gametos o a la adopción, el psicólogo debe ayudar a la pareja a determinar si esta opción es válida y tolerable para ellos y si aceptarán bien una donación o adopción en sus planteamientos de paternidad (Tirado y Dolz, 2007). Así mismo, la terapia se centrará en valorar la manera en que la infertilidad y su tratamiento ha afectado a cada miembro de la pareja y a ésta como unidad. Deberá también ayudar a la pareja en la toma de decisiones, en la discusión de los asuntos específicos de esta opción (p.e. comunicación al niño de sus orígenes), en el desarrollo de formas de afrontamiento positivas y por último, en la expresión de emociones. En todos los casos, y especialmente en éstos, por su alto impacto emocional, es imprescindible crear una buena relación terapéutica desde el primer encuentro con la pareja. Así mismo, estas opciones se habrán de plantear como posibles alternativas. Por lo tanto, dependiendo de la situación en que se encuentre la pareja en estos momentos, caben tres opciones: donación de gametos, adopción o vida sin hijos. Ciertamente, llegar a estas opciones conlleva un sufrimiento y pérdida, ya que supone prescindir de tener hijos biológicos. Es bueno, por tanto, que la pareja piense y reflexione sobre cuál es la mejor opción en su caso. Es importante que la pareja entienda que la decisión ha de ser siempre compartida y nunca debe depender únicamente de lo que uno de los miembros decida (Tirado y Dolz, 2007).

En los casos en que la pareja decida dar por finalizado el tratamiento sin utilizar dichas opciones, se les deberá ayudar a construir una nueva identidad como pareja sin hijos. En este sentido suele resultar muy beneficioso que la pareja recuerde las cualidades que determinaron su atracción mutua y las razones actuales para seguir funcionando como pareja. En cualquier caso la pareja debe ser consciente de que su vida no acaba aquí y de que pueden tener motivos suficientes para llevar una vida plena y feliz sin hijos, pues no existe evidencia empírica que demuestre que las parejas sin hijos sean menos felices.

ces o menos estables que las parejas con hijos. En esta línea, es de resaltar el estudio realizado por Moreno-Rosset y Martín (2008) que compararon dos grupos de mujeres (1) con infertilidad primaria y secundaria y (2) fértiles con o sin hijos. Las personas infértiles sin hijos presentaban niveles de ansiedad más elevados que las personas fértiles sin descendencia. No se hallaron diferencias significativas entre las mujeres fértiles e infértiles que tenían uno o más hijos. Es sorprendente que el grupo de mujeres fértiles con uno o más hijos presentara las puntuaciones más elevadas en ansiedad. Las reflexiones que aportan las autoras son de enorme interés: por un lado, se confirma que tener hijos es un acontecimiento vital estresante que puede aumentar los niveles de ansiedad. Por otro, el hecho de que las mujeres infértiles sin hijos estén más ansiosas que las fértiles que todavía no lo han deseado ni intentado, muestra que, probablemente, el deseo de maternidad junto al conocimiento de la imposibilidad de tener hijos pueda estar actuando de estresor y, como hemos indicado al inicio de nuestra exposición, ello afecta no sólo a la identidad personal de cada miembro aisladamente sino también al proyecto vital de la pareja.

En definitiva, sin dar por sentado que la situación de infertilidad implique necesariamente un desajuste para la pareja, sí supone un evento vital estresante que requiere una readaptación y que coloca a las parejas en situación de vulnerabilidad. Una adecuada evaluación (véase Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores en este mismo monográfico), seguida de la intervención oportuna (véase Ávila y Moreno-Rosset, asimismo en este número) potenciará el afrontamiento, ajuste y bienestar de la pareja.

REFERENCIAS

- Burns, L. y Covington, S.N. (1999). *Infertility counselling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Publishing Group.
- Callan, V.J. (1987). The personal and marital adjustment of mothers and voluntary childless wives. *Journal of Marriage and Family*, 19, 847-856.
- Cutrona, C.E. (1996). *Social Support in couples*. Londres: Sage.
- Daniluk, J.C. y Tench, E. (2007). Long-Term Adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling and Development*, 85(1), 89-100.
- 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 Psychosomatics Obstet Gynaecol*, 14, 45-52.
- Gerrity, D. (2001). A biopsychosocial theory of infertility. *Family Journal*, 9, 151-158.
- González, A. (2000). Técnicas básicas en el estudio de la esterilidad conyugal. Actualizaciones de la Sociedad Española de Fertilidad. *Técnicas Diagnósticas*, 1, 1-9.
- Guerra, D. (1998). *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A. y Barri, P.N. (1988). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13(6), 1733-1736.
- Guerra, D. y Tirado, M. (2007). Intervención psicológica en medicina reproductiva. En A. Moreno et al. *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida* (pp. 29-46). Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana, número suplemento 1.
- Lechner, L., Bolman, C. y Van Dalen, A. (2007). Definitive involuntary childlessness: association between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22(1), 288-294.
- Leiblum, S.R. (1997). *Infertility: Psychological issues and counselling strategies*. New York: Willey.
- Llavona, L. y Mora, R. (2003). Atención psicológica a las parejas infértiles en tratamiento de reproducción asistida. En J.M. Ortigosa, M.J. Quiles y F.J. Méndez (Coords.), *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familias* (pp.287-304). Madrid: Pirámide.
- López, F. (2000). Reproducción y placer: Una decisión libre y responsable. En C. Moreno (Dir.), *Factores Psicológicos de la infertilidad* (pp. 79-104). Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Newton, C.R., Sherrad, W. y Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72, 54-62.
- Mahlstedt, P.P. (1994). Psychological issues of infertility and assisted reproductive technology. *Urol Clin North Am* 21, 557-566.
- McQuillan, J., Greil, A.L., White, L. y Jacob, M.C. (2003). Frustrated Fertility: Infertility and Psychological Distress among women. *Journal of Marriage and Family*, 65 (4), 1007-1018.
- Moreno, A. y Guerra, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. En A. Moreno et al. *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida* (pp. 11-17). Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana, número suplemento 1.
- 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. (2000a). (Dir.). *Factores Psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C. (2000b). Querer tener hijos no es lo mismo que poder tenerlos: Cuerpo y mente van unidos. http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/psicologia/doc/i_psicologia.htm. n° total de pags. 4.
- Moreno-Rosset, C. (2006). Evaluación e intervención psicológicas en pacientes de una Unidad de Reproducción Humana. En C. Moreno y Y. Gómez (Dir.) (6ª ed.). *Curso de Especialista Universitario en "La Reproducción Asistida: aspectos psicológicos, médicos y legales (un nuevo futuro profesional)"*. Madrid: UNED. Programa de Formación del Área de Ciencias de la Salud. www.uned.es/pfac-reproduccion-asistida.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2005). The IPTRA: Program of Psychological Intervention in Techniques of Assisted Reproduction. *Comunicación presentada al 9th European Congress of Psychology. (Simposium: Psychology and Infertility)*. Granada: Actas de Congreso, 144-145.
- Moreno-Rosset, C. y Martín, M.D. (2008). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés*, 14 (en prensa).
- Moreno, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2008). *DERA, Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad*. Madrid: TEA
- Moreno-Rosset, C., Núñez, R. y Caballero, P. (1999). Sexualidad y reproducción humana: ¿Querer es poder?. *Informació Psicològica, Revista Cuatrimestral del Col·legi Oficial de Psicòlegs del País Valencià*, 69, 38-41.
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G. y Bergh, C. (2004). Psychological aspects of discontinuation of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 81, 276-282.
- Parada, L. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. *Revista Diversitas-Perspectivas en psicología*, 2(1), 149-158.
- Pasch, L. A. y Christensen, A. (2000). Couples Facing Fertility Problems. En K.B. Schmaling y T.G. Sher (Eds.), *The Psychology of Couples and Illness: Theory, research & Practice* (pp. 241-267). Washington DC: American Psychological Association.
- Peterson, B. D., Newton, C. R. y Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1), 59-70.
- Raval, H., Sald, P. y Lieberman, B.E. (1987). The impact of infertility on emotions and the marital and sexual relationships. *Journal of Reproductive and infant psychology*, 5, 221-234.
- Read, J. (1995). *Counselling for Fertility Problems*. London: Sage Publications Ltd.
- Read, J. (2004). Sexual problems associated with infertility, pregnancy and agein. *BMJ: British Medical Journal*, 329, 559-561.
- Sanjuán, P. (2000). Infertilidad, estrés y moduladores psicosociales. En C. Moreno (Dir.), *Factores Psicológicos de la infertilidad* (pp. 127-151). Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Schanz, S., Baeckert-Sifeddine, I.T., Braeunlich, C., Collins, S.E., Batra, A., Gebert, S., Hautzinger, M. y Fierlbeck, G. (2005). A new quality of life measure for men experiencing involuntary childlessness. *Human Reproduction*, 20 (10), 2858-2865.
- Schmidt, L., Holstein, B.E., Christensen, U. y Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20 (11), 3248-3256.
- Stammer, H., Wischmann, T. y Verres, R. (2002). Counseling and Couple Therapy for Infertile Couples. *Family Process*, 41(1), 111-122.
- Tirado, M. y Dolz, P. (2007) Apoyo psicológico en pacientes que recurren a tratamiento de reproducción asistida con donación de gametos. En A. Moreno, D. Guerra, G. Baccio, V. Giménez-Molla, P. Dolz, M. Tirado, K. Gutiérrez y M. Gil. *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida* (pp. 73-88). Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana, número suplemento 1.
- Van der Akker, O.B. (2005). Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of subfertile women. *Patient Education Counseling*, 57(2), 183-189.
- Wirtberg, I., Moller, A., Hogstrom, L., Tronstad, S.E. y Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22(2), 598-604.
- Witchman, T. (2005). Psychosocial aspects of fertility disorders. *Urologe*, 44(2), 185- 194.
- Witchman, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I. y Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*, 16 (8), 1753-1761.
- Witkin, G. (1995). *El estrés de la mujer*. Barcelona: Grijalbo.