





VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA

*Variables psicológicas en la infertilidad*

**Salamanca, 2010**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA  
MÉDICA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA**

**Área de Psiquiatría**

***Variables psicológicas en la infertilidad***

**Fdo:**

**Daniela Carla Oliveira Alves Nogueira**

M<sup>a</sup> ÁNGELES DÍEZ SÁNCHEZ, PROFESORA TITULAR DE PSICOLOGÍA MÉDICA, GLORIA M<sup>a</sup> BUENO CARRERA, PROFESORA AYUDANTE DOCTOR, DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

**CERTIFICAN:**

Que el presente Trabajo de Tesis Doctoral titulado: *Variables psicológicas en la infertilidad*, ha sido realizado bajo nuestra dirección por **Dña. Daniela Carla Oliveira Alves Nogueira**, licenciada en Psicología, y reúne a nuestro criterio, las condiciones metodológicas y de originalidad requeridas para poder optar con él al Grado de Doctora por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos el presente Certificado en Salamanca a veintidós de marzo de 2010

Fdo:

Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Díez Sánchez

Fdo:

Dra. Gloria M<sup>a</sup> Bueno Carrera

*Dedico este trabajo a un primo que tendría mi edad si hubiese  
tenido la posibilidad de existir en un plano físico y material. Su  
existencia fue tan presente en la imaginación de sus padres que,  
probablemente, ha sido su historia la que ha desencadenado la  
inspiración y la curiosidad para intentar comprender la  
problemática de la Infertilidad materializada con este trabajo.*

*Agradecimientos*

## **Agradecimientos:**

Mi más sincero agradecimiento a todos los que conmigo desearon, planearon, y posibilitaron la concepción, el nacimiento y el desarrollo armonioso de este trabajo, en especial:

A mis Orientadoras, Profesora Titular M<sup>a</sup> Angeles Díez Sánchez y Profesora Ayudante Doctor Gloria M<sup>a</sup> Bueno Carrera, por su competencia científica que pautó la orientación prestada.

Al Profesor Doctor Manuel Moutinho Ribeiro, por la dedicación y espíritu crítico que concedió a la constante revisión del texto, así como por haber imprimido una fuerza fundamental de incentivo y motivación.

A las diversas instituciones de salud que permitieron el contacto con las parejas infértiles, en particular,

- Profesor Doctor Vasco Almeida y Dr. Joaquim Gonçalves del Centro de Estudios de Infertilidad e Esterilidad (CEIE), Porto;

- Profesor Doctor João Silva Carvalho y Profesor Doctor Pedro Xavier, de la Unidad de Medicina de Reproducción del Hospital S. João, Porto;

- Dr<sup>a</sup> Isabel Reis de la Unidad de Medicina de Reproducción del Hospital de Nossa Sr<sup>a</sup> da Oliveira, Guimarães;

manifestó mi reconocimiento y profundo agradecimiento.

A mis alumnos con quien he crecido tanto personal, como profesionalmente, en especial, a los que tuvieron un papel cooperante en el proceso de recogida de los datos, Tiago Silva, Vera Isa Fernandes y Maria Armada Pinheiro y, no menos importante la sonrisa siempre inspiradora de Isabel Fernandes.

A mis colegas de trabajo por compartir sus conocimientos y experiencia conmigo, permitiendo además la creación de lazos de amistad muy importantes.

A todas las parejas infértiles que aceptaron compartir su experiencia y su mundo interior con nosotros.

A mis queridos padres, y a mi querida tía Aidinha por saber que estarán incondicionalmente presentes en todos los momentos importantes de mi vida.

A mis familiares y amigos, que conmigo compartieron este largo proceso, en particular aquellos que contribuyeron al cumplimiento de algunas etapas de este trabajo, como mi suegra, D. Cidália y mi cuñada Ana Isabel.

A mí hermana Sandra, por haber sido un modelo de referencia central en la formación de mi identidad y que continúa siendo una fuente de inspiración.

A mí grupo de Psicodrama, y en especial a los doctores. Luciano Moura y Amélia por facilitar mi proceso de evolución personal, aprendiendo a vivenciar espontáneamente los fenómenos de mi vida.

A mis amigas,

Margarida por la amistad y compañerismo de siempre;

Catarina e Carla por la ayuda preciosa en los momentos críticos;

A ti Mica, por actuar como mi fuente de equilibrio emocional arraigando la motivación y alentándome a alcanzar nuestros objetivos de vida.

A todos muchas gracias.

*Índice*

## ÍNDICE

<b>1. - INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>16</b>
<b>2. - LA INFERTILIDAD.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. - Definición de infertilidad y conceptos asociados.....</b>	<b>19</b>
2.1.1. - Fisiología reproductora femenina.....	21
2.1.2. - Fisiología reproductora masculina.....	23
<b>2.2. - El camino de la maternidad: perspectiva histórica de la infertilidad.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3. - Epidemiología.....</b>	<b>31</b>
<b>2.4. - Etiología.....</b>	<b>33</b>
<b>2.5. - Tratamientos médicos.....</b>	<b>37</b>
2.5.1. - Biotecnología en reproducción humana asistida.....	39
<b>3. - ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA INFERTILIDAD.....</b>	<b>48</b>
<b>3.1. - Impacto del diagnóstico.....</b>	<b>48</b>
<b>3.2. - Búsqueda de ayuda especializada.....</b>	<b>51</b>
<b>3.3. - Variables psicológicas.....</b>	<b>53</b>
<b>3.3.1. - El estrés: concepto.....</b>	<b>55</b>
3.3.1.1. - Estresantes existenciales.....	64
3.3.1.2. - Estresantes físicos y preocupaciones sociales.....	65
3.3.1.3. - Estresantes emocionales.....	67
3.3.1.4. - Estresantes de la relación.....	68
<b>3.3.2. - Las estrategias de afrontamiento.....</b>	<b>72</b>
<b>3.3.3. - Ansiedad y depresión.....</b>	<b>84</b>
<b>3.4. - Teorías explicativas de la infertilidad.....</b>	<b>95</b>
<b>4. - ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA.....</b>	<b>102</b>
<b>5. - OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....</b>	<b>131</b>

<b>6. - METODOLOGÍA.....</b>	<b>134</b>
<b>6.1. - Criterios de selección de la muestra.....</b>	<b>134</b>
<b>6.2. - Batería de instrumentos.....</b>	<b>134</b>
6.2.1. - Inventario sobre Problemas de Fertilidad (FPI).....	134
6.2.2. - Inventario de Resolución de Problemas (IRP).....	138
6.2.3. - Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).....	140
<b>6.3. - Procedimiento.....</b>	<b>145</b>
<b>6.4. - Muestra.....</b>	<b>146</b>
<b>7. - RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>157</b>
<b>7.1. – Resultados descriptivos.....</b>	<b>159</b>
<b>7.2. – Resultados inferenciales.....</b>	<b>177</b>
<b>8. - CONCLUSIONES.....</b>	<b>310</b>
<b>9. - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>313</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 1.</b> - Evolución histórica del concepto de infertilidad y sus tratamientos.....	30
<b>Cuadro 2.</b> - Factores de infertilidad.....	36
<b>Cuadro 3.</b> - Evolución histórica del Concepto de Coping.....	73
<b>Cuadro 4.</b> - Clínica de la depresión.....	88

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Fig. 1.</b> - Evaluación del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal y Ovariano.....	60
<b>Fig. 2.</b> - Relación entre el estrés y la infertilidad: sus complejas interacciones.....	61
<b>Fig. 3.</b> - Modelo de nuestra investigación.....	100
<b>Fig. 4.</b> - Distribución de la edad de las mujeres.....	146
<b>Fig. 5.</b> - Distribución de la edad de los hombres.....	147
<b>Fig. 6.</b> - Distribución del estado civil de la muestra.....	147
<b>Fig. 7.</b> - Área de residencia de la muestra.....	148
<b>Fig. 8.</b> - Nivel educacional de la muestra.....	149
<b>Fig. 9.</b> - Distribución de las profesiones de la muestra.....	149
<b>Fig. 10.</b> - Convicciones religiosas de la muestra.....	151
<b>Fig. 11.</b> - Antecedentes psiquiátricos de la muestra.....	151
<b>Fig. 12.</b> - Distribución del método contraceptivo.....	152
<b>Fig. 13.</b> - Antecedentes de embarazos de la muestra.....	152
<b>Fig. 14.</b> - Historia ginecológica de la muestra.....	153
<b>Fig. 15.</b> - Fases del tratamiento RA de la muestra.....	154
<b>Fig. 16.</b> - Tratamiento RA previos de la muestra.....	155
<b>Fig. 17.</b> - Tratamiento actual RA de la muestra.....	155
<b>Fig. 18.</b> - Dimensiones de infertilidad de la muestra.....	156
<b>Fig. 19.</b> - Comparación en puntuaciones Z del IRP con la población de referencia.....	163
<b>Fig. 20.</b> - Niveles de Ansiedad de la muestra.....	168
<b>Fig. 21.</b> - Niveles de Ansiedad por sexos.....	169
<b>Fig. 22.</b> - Niveles de Depresión de la muestra.....	169
<b>Fig. 23.</b> - Niveles de Depresión por sexos.....	170
<b>Fig. 24.</b> - Preocupaciones Sociales y Ansiedad.....	177
<b>Fig. 25.</b> - Preocupaciones Sexuales y Ansiedad.....	180
<b>Fig. 26.</b> - Preocupaciones de la Relación Conyugal y Ansiedad.....	183
<b>Fig. 27.</b> - Necesidad de Parentalidad y Ansiedad.....	186

<b>Fig. 28.</b> - Estrés Global y Ansiedad.....	189
<b>Fig. 29.</b> - Preocupaciones Sociales y Depresión.....	192
<b>Fig. 30.</b> - Preocupaciones Sexuales y Depresión.....	195
<b>Fig. 31.</b> - Preocupaciones de la Relación Conyugal y Depresión.....	196
<b>Fig. 32.</b> - Estrés Global y Depresión.....	199
<b>Fig. 33.</b> - Afrontamiento y Resolución Activa P. y Ansiedad.....	202
<b>Fig. 34.</b> - Abandono Pasivo Frente la Situación y Ansiedad.....	205
<b>Fig. 35.</b> - Control Int./Ext. de los Problemas y Ansiedad.....	207
<b>Fig. 36.</b> - E. Control de las Emociones y Ansiedad.....	210
<b>Fig. 37.</b> - Actitud Activa de No Interferencia y Ansiedad.....	212
<b>Fig. 38.</b> - IRP Total y Ansiedad.....	214
<b>Fig. 39.</b> - Afrontamiento y Resolución Activa P. y Depresión.....	216
<b>Fig. 40.</b> - Control Interno/Externo del problema y Depresión.....	218
<b>Fig. 41.</b> - E. Control de las Emociones y Depresión.....	220
<b>Fig. 42.</b> - IRP Total y Depresión.....	222
<b>Fig. 43.</b> - Sexo x Preocupaciones Sociales y Ansiedad.....	225
<b>Fig. 44.</b> - Sexo x Preocupaciones Sexuales y Ansiedad.....	229
<b>Fig. 45.</b> - Sexo x P. Relación Conyugal y Ansiedad.....	232
<b>Fig. 46.</b> - Sexo x Rechazo del Estilo de Vida sin Hijos y Ansiedad.....	236
<b>Fig. 47.</b> - Sexo x Necesidad Parentalidad y Ansiedad.....	239
<b>Fig. 48.</b> - Sexo x Estrés Global y Ansiedad.....	242
<b>Fig. 49.</b> - Sexo x Petición de Ayuda y Ansiedad.....	245
<b>Fig. 50.</b> - Sexo x Afrontamiento y Resolución Activa P. y Ansiedad.....	248
<b>Fig. 51.</b> - Sexo x Abandono Pasivo Frente la Situación y Ansiedad.....	250
<b>Fig. 52.</b> - Sexo x Control Int./Ext. De los Problemas y Ansiedad.....	253
<b>Fig. 53.</b> - Sexo x E. Control de las Emociones y Ansiedad.....	255
<b>Fig. 54.</b> - Sexo x Actitud Activa de No Interferencia y Ansiedad.....	258
<b>Fig. 55.</b> - Sexo x Autoculpabilización y Miedo y Ansiedad.....	261
<b>Fig. 56.</b> - Sexo x Afrontamiento y Planificación y Ansiedad.....	263
<b>Fig. 57.</b> - Sexo x E. Afrontamiento Totales y Ansiedad.....	264
<b>Fig. 58.</b> - Sexo x Preocupaciones Sociales y Depresión.....	269
<b>Fig. 59.</b> - Sexo x Preocupaciones Sociales y Depresión.....	272
<b>Fig. 60.</b> - Sexo x P. Relación Conyugal y Depresión.....	274
<b>Fig. 61.</b> - Sexo x Estrés Global y Depresión.....	277
<b>Fig. 62.</b> - Sexo x Afrontamiento y Resolución Activa y Depresión.....	281
<b>Fig. 63.</b> - Sexo x E. Control de la Emociones y Depresión.....	284
<b>Fig. 64.</b> - Sexo x Afrontamiento y Planificación y Depresión.....	286
<b>Fig. 65.</b> - Sexo x IRP Total y Depresión.....	288
<b>Fig. 66.</b> - Modelo Inicial.....	295
<b>Fig. 67.</b> - Modelo Inicial sobre ansiedad.....	296

<b>Fig. 68.</b> - Modelo FINAL sobre ansiedad.....	297
<b>Fig. 69.</b> - Modelo Inicial sobre depresión.....	303
<b>Fig. 70.</b> - Modelo FINAL sobre depresión.....	304

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> - Subescalas de Estrés: valores medios y desviación típica en función del sexo.....	159
<b>Tabla 2.</b> - Subescalas de Estrés: diferencias en función del sexo.....	160
<b>Tabla 3.</b> - Subescalas de las Estrategias de Afrontamiento: valores medios en función del sexo.....	164
<b>Tabla 4.</b> - Subescalas de las Estrategias de Afrontamiento: diferencias en función del sexo.....	165
<b>Tabla 5.</b> - Subescalas del HADS: valores medios en función del sexo.....	167
<b>Tabla 6.</b> - Subescalas del HADS: diferencias en función del sexo.....	167
<b>Tabla 7.</b> - Subescalas del HADS: diferencias en función del nivel de congruencia en las Preocupaciones Sociales del FPI.....	173
<b>Tabla 8.</b> - Subescalas del HADS: diferencias en función del nivel de congruencia con las Preocupaciones de la Relación Conyugal del FPI.....	174
<b>Tabla 9.</b> - Análisis posthoc del factor P. Sociales.....	178
<b>Tabla 10.</b> - Análisis posthoc del factor P. Sexuales.....	180
<b>Tabla 11.</b> - Análisis posthoc del factor P. Relación Conyugal.....	183
<b>Tabla 12.</b> - Análisis posthoc del factor N. Parentalidad.....	187
<b>Tabla 13.</b> - Análisis posthoc del factor Estrés Global.....	190
<b>Tabla 14.</b> - Análisis posthoc del factor P. Sociales.....	193
<b>Tabla 15.</b> - Análisis posthoc del factor P. Sexuales.....	195
<b>Tabla 16.</b> - Análisis posthoc del factor P. Relación Conyugal.....	197
<b>Tabla 17.</b> - Análisis posthoc del factor Estrés Global.....	199
<b>Tabla 18.</b> - Subescalas del FPI sin diferencias estadísticamente significativas.....	201
<b>Tabla 19.</b> - Subescalas del IRP sin diferencias estadísticamente significativas.....	216
<b>Tabla 20.</b> - Subescalas del IRP sin diferencias estadísticamente significativas.....	224
<b>Tabla 21.</b> - Subescalas no significativas del FPI en función del sexo sobre la depresión.....	290
<b>Tabla 22.</b> - Subescalas no significativas del IRP en función del sexo sobre la depresión.....	291



## **1. - INTRODUCCIÓN**

Al planificar esta investigación intentamos comprender la problemática psicológica que surge en las parejas frente a la imposibilidad de concebir espontáneamente un hijo y que optan por recurrir a una intervención médica especializada.

Existe, actualmente, en las sociedades occidentales una tendencia a postergar la descendencia en el seno de las familias hasta después de los 35 años de edad en las mujeres. Según la Sociedad Americana de Medicina de Reproductiva (ASRM, 2003) los factores subyacentes a este fenómeno son muy variados como, por un lado, la fácil accesibilidad a los métodos contraceptivos, y por otro, el aumento significativo de las mujeres en el mundo laboral, que a su vez condiciona la formalización de la familia con el matrimonio, cada vez más tarde; así como en el aumento simultáneo del número de divorcios. Las parejas también van alargando el momento de la concepción hasta que se sienten económicamente más seguras y estables, siendo este retraso coincidente con la disminución de la fertilidad de la mujer.

Curiosamente, la sociedad envía un mensaje paradójico. Por un lado, con el mito de la maternidad como universal y una elección “natural” de las mujeres, que imprime una demanda a las parejas para tener hijos; este mito está en disonancia con el papel actual de la mujer en la cultura occidental, ejerce influencia en la imaginación de algunas mujeres que luchan con el dilema de conciliarlo con sus aspiraciones, pudiendo maximizar el nivel de sufrimiento emocional. Por otro lado, se dice a las parejas que pueden postergar el tiempo que necesiten para tomar su decisión de ser padres, pues existe siempre el recurso a las técnicas de Reproducción Asistida (RA).

Lo que sucede es que la edad de la mujer afecta tanto a la capacidad natural de

alcanzar el embarazo, como a las tasas de éxito de los tratamientos de fertilidad. Lo que significa que esta experiencia de embarazo, caracterizada normalmente de crisis de ciclo vital, podrá ser aún más conflictiva cuando la gravidez no se produce de forma persistente.

Al mismo tiempo el carácter técnico de los servicios de RA tiende a deshumanizar la experiencia procreativa, acentuando muchas veces los sentimientos de ansiedad y pérdida del control que las parejas, de por sí, experimentan. Estas técnicas son físicamente invasivas, emocionalmente exigentes y demandan también un esfuerzo financiero significativo de la pareja. Los sentimientos de pérdida del control pueden penetrar en todas las esferas de la vida de la pareja y afectar, en último caso, a todo el proceso de fertilización.

En este sentido nace, desde el punto de vista de la Psicología de la Salud, una psicología centrada en esta problemática, que intenta comprender todos los mecanismos psicológicos que surgen de esta realidad, en el sentido de que el deseo de tener un hijo comienza invariablemente en un plano psicológico, emergiendo, de esa forma, una necesidad inminente de intervenir, en primero lugar, en el proceso de aceptación de la imposibilidad de concebir sin recurrir a ayuda especializada (Sá, 1997).

La intervención psicológica deberá también maximizar los recursos emocionales disponibles, que los sujetos pondrán en acción para enfrentarse a los tratamientos médicos. La psicología podrá igualmente intervenir en la reestructuración cognitiva que las parejas tienen que activar, en el sentido de manejar sus dilemas éticos y morales, que muchas veces subyacen a la decisión de tener un hijo biológico. El principal objetivo del apoyo psicológico en las palabras de Moreno-Roset (2009): *“...recolocar de nuevo la presencia de cada uno y de ambos en interacción, con el fin de que su felicidad no dependa de lo que no tienen, sino de lo que poseen”*.

Si la respuesta del equipo médico, es tratar esta problemática exclusivamente desde el punto de vista somático, incluso cuando la causa de la infertilidad se desconoce, la probabilidad de fracaso terapéutico aumenta considerablemente (Leal & Pereira, 2005) así como la desesperación y angustia en el seno de la pareja.

La fascinación personal por la comprensión de los fenómenos asociados a la Psicología de la Parentalidad tuvo su inicio, cuando al final del último año de la licenciatura en Psicología, estuve trabajando en una asociación de apoyo a mujeres embarazadas. Desde ese momento quedó claro que era esta área la que me despertaba mayor curiosidad, entusiasmo y voluntad para aprender y ayudar. Curiosamente, la elección de esta investigación acabó por recaer en la temática de la Infertilidad, sensibilizada, muy probablemente, por la recurrencia del fenómeno en parejas de familiares y amigos próximos, que se debatían dolorosamente con esta problemática.

Así, en este trabajo pretendemos, esencialmente, comprender el ajuste psicológico de las parejas que se someten a tratamientos médicos, para paliar la infertilidad en la zona norte de Portugal, en el sentido de identificar las estrategias de afrontamiento más ajustadas para poder promover el equilibrio emocional de cada elemento de la pareja. O sea, se intenta establecer un modelo predictivo de la vulnerabilidad psicológica de los elementos de la pareja infértil, en base a variables relacionadas con el estrés y las respectivas estrategias de afrontamiento movilizadas.



## **2.- LA INFERTILIDAD**

*“Porque el ser humano tiene hijos y porque los quiere tener, es la fertilidad y, al contrario, lo que es ser infértil?”(Figueiredo, 2005, pp.23)*

En este apartado presentamos la evolución de la definición de infertilidad como una enfermedad, haciendo la distinción entre conceptos como: infertilidad, esterilidad, fecundabilidad y fecundidad. Reflexionamos igualmente sobre las dificultades que el ser humano tiene para reproducirse aunque lo considere un aspecto central y normativo de su existencia, haciendo alusión a los aspectos relativos a la fisiología reproductora humana. Posteriormente veremos la evolución del significado de la in/fertilidad a lo largo del tiempo hasta la actualidad, pasando por los datos epidemiológicos más recientes, así como sobre los principales factores causales que contribuyen a la aparición y mantenimiento de los problemas de infertilidad. Por último, en este apartado hacemos una breve descripción de las principales técnicas de reproducción asistida (RA) disponibles para las parejas que no se resignan a la ausencia involuntaria de hijos biológicos.

### **2.1. - Definición de infertilidad y conceptos asociados**

Por fertilidad se entiende la capacidad de concebir y de tener hijos y, por oposición la infertilidad es una incapacidad temporal o permanente de concebir un hijo y llevar a fin un embarazo (Abby & Halman, 1992; Guerra-Díaz, 1998; Palacios & Jadresic, 2000; Faria, 2001; Salvatore, et al., 2001; Gonçalves, 2005; Monach, 2005; Moreno-Roset, 2009). Las parejas que mantienen relaciones sexuales sin uso de anticonceptivos y que al cabo de un año, no logran un embarazo se consideran con problemas de infertilidad lo que puede originar la búsqueda de apoyo especializado, como son las consultas de Reproducción

Asistida (RA) (Ríos et al., 2002; Figueiredo, 2005; Moreno-Roset, 2009).

Esta definición, basada en la dimensión temporal, pone la problemática en un plano de dicotomía conceptual, donde surge por un lado la fertilidad y por el otro la infertilidad. Velde, Eijkemans y Habbema (2000) consideran que tal definición ignora la esencia de la reproducción que, según estos autores, es un fenómeno probabilístico dependiente del balance sutil entre éxito y fracaso de un proceso extremadamente complejo y secuencial que podrá culminar con un embarazo y, eventualmente, con el nacimiento de un niño sano. Este camino se inicia con la espermatogénesis y la ovogénesis, pasando por las relaciones sexuales y consecuente transporte de gametos, para que tenga lugar la fertilización. Después, se produce la migración de la mórula hacia el útero materno y la consiguiente implantación del embrión y, por último, el desarrollo intrauterino del feto (Velde, Eijkemans y Habbema, 2000). En el transcurso de esta cadena sensible de eventos puede ocurrir cualquier fallo, que haga inviable el éxito del embarazo; en este sentido, la probabilidad de que la mujer se quede embarazada en los primeros intentos es naturalmente reducida. Sin embargo, estos autores consideran que con relaciones sexuales regulares en cada ciclo menstrual, renace una nueva posibilidad. En este aspecto, la fecundabilidad se refiere a la capacidad de concepción durante un ciclo menstrual, mientras que la fecundidad se traduce en la probabilidad de obtener el nacimiento de un bebé sano en cada ciclo menstrual (Gonçalves, 2005).

Por infertilidad primaria se entiende cuando la pareja nunca ha logrado una concepción y, por secundaria, cuando por lo menos uno de los elementos ya lo ha obtenido (Ríos et al., 2002; Gonçalves, 2005; Moreno-Rosset, 2009).

Mientras en las situaciones de infertilidad existe una probabilidad de embarazo en un ciclo menstrual, recurriéndose normalmente a técnicas que ayudan a la reproducción, en la

esterilidad esa probabilidad es inexistente, o sea, existe una incapacidad absoluta de concebir (Guerra-Díaz, 1998; Faria, 2001; Gonçalves, 2005; Figueiredo, 2005). Esta distinción no se verifica meramente en un plano médico, sino que afecta a toda la vivencia emocional de los sujetos, como nos afirma Pasini (1985, citado por Sá, 1997, p. 27):

*“la infertilidad es un infortunio sentido y vivido de una forma más dolorosa que la «esterilidad pura»: la mujer estéril espera; la mujer que aborta se desespera”.*

Así una perspectiva biopsicosocial propuesta por Gerrity (2001) preconiza la infertilidad como un evento humano en el cual están envueltas una persona (hombre ó mujer) y algunas relaciones: entre los elementos de la pareja, con el equipo médico y con el contexto social en que están insertos.

El proceso procreativo asume tanta complejidad, implicando una conjugación de tantos factores simultáneos (el óvulo, el espermatozoide, la oportunidad de que se encuentren en el momento adecuado y en un ambiente seguro donde el embrión se pueda desarrollar) que es admirable que tantas mujeres queden embarazadas, sabiendo que los seres humanos son los seres vivos con condiciones menos favorables para desempeñar su papel reproductor (Bryan & Higginns, 2002).

A continuación pasamos a describir sumariamente cómo funciona la reproducción humana y la importancia de la interrelación hormonal entre el eje hipotálamo, hipófisis y gónadas.

### **2.1.1. - Fisiología reproductora femenina**

Para comprender el fenómeno de la infertilidad hay que entender cómo se produce un ciclo reproductivo humano, ciclo que se considera un órgano activo y que presenta una

serie de funciones muy específicas y concretas (Lletget & Padró, 1998; Calhaz-Jorge, 2000; Guerra-Díaz, 2002; Bryan & Higginns, 2002).

De la fusión del espermatozoide con el óvulo nace un nuevo ser vivo. Mientras los espermatozoides se producen en gran número y de modo casi permanente a lo largo de la vida del hombre, el organismo de la mujer pone a disposición aproximadamente un óvulo por mes durante 35 años de su vida (Callaz-Jorge, 2000; Álvarez, 2005).

El ciclo menstrual (Callaz-Jorge, 2000, pp. 3,4):

*“...empieza el primer día de la menstruación y termina un día antes de la menstruación siguiente. Su duración es una característica individual siendo, en la mayoría de las mujeres, de entre 21 y 35 días”.*

En la mujer logramos identificar tres fases en un ciclo menstrual que está, esencialmente, dirigido por la acción de las hormonas, conjugando los esfuerzos entre el hipotálamo, la hipófisis y los ovarios (Lletget & Padró, 1998; Callaz-Jorge, 2000; Reed, 2001; Álvarez, 2005). De ese modo, la fase folicular será la primera, en que la hormona folículo-estimulante (FSH) estimula el desarrollo del folículo en uno de los ovarios. Cuando el óvulo está maduro, las células foliculares segregan estrógenos, preparando las alteraciones necesarias en la mucosa uterina para recibir a los espermatozoides y la proliferación endometrial para futura nidación (Lletget & Padró, 1998; Reed, 2001).

La hormona luteinizante (LH) provoca la fase ovulatoria, estimulando la salida del óvulo del ovario aproximadamente el 14º día del ciclo, dando inicio a la fase lútea, con la segregación de progesterona, necesaria para el desarrollo y mantenimiento del endometrio (fase secretora) (Lletget & Padró, 1998; Álvarez, 2005).

Si en ese momento no se encuentran los gametos sexuales, no tiene lugar la

fertilización y, el cuerpo lúteo es absorbido, verificándose la disminución de los niveles de estrógeno y progesterona. Cuando aparece el sangrado menstrual o menstruación, que es una situación fácilmente reconocible en las mujeres, se considera que existe una fase de regreso al punto de origen en lo hormonal y en lo orgánico, reiniciándose todo el proceso que conduce a una nueva ovulación y consecuentemente una nueva posibilidad de que ocurra un embarazo (Callaz-Jorge, 2000; Read, 2001).

### **2.1.2. - Fisiología reproductora masculina**

Mientras que el período fértil de la mujer dura aproximadamente 35 años, en los hombres este período es mucho más extenso, siendo la producción de espermatozoides prácticamente constante a lo largo de la vida (Callaz-Jorge, 2000).

Las tres principales funciones del aparato reproductor masculino son la espermatogénesis, con la producción de espermatozoides, la función sexual y la regulación de la producción de la hormona testosterona (García, 1998; Álvarez, 2005).

Las hormonas liberadas por el hipotálamo y por la glándula pituitaria regulan todo el sistema reproductor masculino y es la hormona foliculo estimulante (FSH) la que tiene la función de estimular la producción de espermatozoides en los testículos, mientras que la hormona luteinizante (LH) se encarga de la producción de testosterona (Reed, 2001; García, 1998).

La célula reproductora masculina se desarrolla en varias fases, pasando hacia el epidídimo, por un sistema de conductos que componen la vía seminal, adquiriendo movilidad después de pasadas aproximadamente 24 horas. Se almacena en el conducto deferente hasta el momento de la eyaculación. Para que el espermatozoide sea capaz de fertilizar un óvulo, tendrá que ser morfológicamente adecuado y presentar buena movilidad

(Reed, 2001; García, 1998).

Pasamos a describir el trayecto de la maternidad, empezando por las identificaciones femeninas hasta la identificación materna, recorriendo por una perspectiva histórica y cultural para comprender el significado que se ha ido atribuyendo a la infertilidad a lo largo del tiempo hasta la actualidad.

## **2.2. - El camino de la maternidad: perspectiva histórica de la infertilidad**

*“¿Porque las personas tienen hijos? ó “¿porque quieren tener hijos?”, “ó ¿qué es la infertilidad?” ó “¿qué es ser infértil?” son cuestiones que se repiten y por lo tanto se abren al descubrimiento, a la construcción y a la reintegración en una identidad personal a reinventar” (Patrão-Neves, 2001, p. 95).*

La maternidad puede ser sencillamente definida como un “...proyecto a largo plazo que implica la suficiente prestación de cuidados y dadas de amor que posibiliten un desenvolvimiento saludable y armonioso del niño” (Leal, 1990, p. 365). Pero históricamente la maternidad construida como el ideal mayor de la mujer, como el único camino de realización de la femineidad en simultaneidad con la necesidad de anulación personal, de abnegación y de sacrificio placentero empieza a tomar forma en el occidente en las últimas décadas del siglo XVIII (Trindade & Enumo, 2002; Azevedo & Arrais, 2006). Entre el siglo XVIII y XIX en Francia era práctica común de las madres entregar a sus recién nacidos a amas que habitaban lejos. En algunos países pobres las familias tienen hijos para aumentar el rendimiento, ó sea, por razones puramente económicas y en China los Confucianos tenían hijos para regalar a sus padres y antecesores por razones culturales y religiosas (Van Balen & Bos, 2004).

En la publicación de «Emile» de Rousseau se asiste a la condenación de las madres que enviaban a sus hijos a las amas de leche, iniciándose un movimiento de obligación del amor materno que para Badinter (Azevedo & Arrais, 2006) es la expresión de la creencia de buena madre. El concepto de maternidad pasa a admitir sufrimiento voluntario e indispensable para la mujer normal, pensamiento este aún muy marcado socialmente en nuestra comunidad actual (Trindade & Enumo, 2002).

Las teorías del género enfatizan el proceso de construcción del concepto materno, en detrimento del instinto maternal, donde la maternidad es un constructo social y cultural. No obstante, culturalmente las representaciones de maternidad continúan muy ligadas al mito de la madre perfecta, y sus repercusiones en la mujer pueden ser insoportables cuando se cree que la maternidad es innata a la mujer, haciéndolo parte del ciclo vital evolutivo femenino (Azevedo & Arrais, 2006).

En este sentido, Matos, Leal y Ribeiro (2000) hacen la distinción entre los conceptos de femenino y de materno que surgen muchas veces asociados. Por femenino los autores entienden el investimento en sí mismo, en el desarrollo de sus capacidades y de realización personal, en aspectos intelectuales y profesionales, en la auto-imagen, en la sexualidad, en el cuerpo y en el embarazo. Por materno, los autores se refieren al investimento en los otros, en su desarrollo y realización a nivel físico, social, emocional, afectivo, intelectual, al nivel de la función materna de contención y promoción del desarrollo infantil que existe en función de las necesidades del otro y no de sí mismo.

En la sociedad individualista moderna, los niños son anhelados esencialmente por razones individuales como por el sentimiento de felicidad, de bienestar y de realización personal que posibilitan a sus padres. En las sociedades occidentales como la Holandesa muchas mujeres optan voluntariamente por vivir sin tener hijos, mientras a muchas otras

les gustaría de tenerlos y no los tienen, sufriendo mucho con ello (Van Balen & Bos, 2004).

Este sufrimiento surge cuando la infertilidad aparece y desean tener un hijo. Como afirma Patrão-Neves, 2001, p. 79:

*“La infertilidad solo puede ser reconocida desde el punto de vista biológico, pero solo adquiere realidad desde el punto de vista existencial, solo gana significado desde el punto de vista filosófico, si el «deseo de procrear» está presente. No hay infertilidad sin deseo de procrear”*

Este imperativo biológico de la procreación, junto a la capacidad del ser humano de realización personal en su dimensión psico-física y también en una dimensión espiritual, están implicados en el deseo de tener un hijo (Patrão-Neves, 2001). Además en este deseo, también influyen los determinantes sociales, en sus dimensiones tradicionales histórico-culturales, y socio-profesionales, y en la propia necesidad social, ó sea es el deseo lo que permite que sea descubierta la infertilidad (Patrão-Neves, 2001). Así asistimos en la obra de García Lorca «Yerma», el imperativo de este deseo: *“No hay en el mundo fuerza como la del deseo”* (2006, p. 90).

En este sentido se asiste a un aumento de la demanda para tener hijos, con una utilización desmesurada de nuevas tecnologías para hacerlo posible y que difícilmente son posibles en las sociedades más avanzadas (Patrão-Neves, 2001; Van Balen & Bos, 2004). La naturaleza del deseo de procrear no es exclusivamente egoísta, pues no se estructura a partir de intereses de carácter meramente subjetivos, tampoco es un deseo por necesidad, pues no se debe exclusivamente a intereses propios, la infertilidad es una frustración de una modalidad del deseo que representa la finitud del hombre.

En las sociedades menos desarrolladas no existe la opción libre de no tener hijos, las mujeres tienen que tener hijos para tener importancia. Las mujeres sin hijos son muchas veces maltratadas, especialmente por los familiares de sus maridos. Los hombres infértiles también tienen dificultades, pero su problema se mantiene en silencio (Van Balen & Bos, 2004).

Kitzinger en un estudio antropológico sobre la maternidad relata que en algunas tribus africanas la importancia atribuida a la fertilidad está demostrada por las estrategias utilizadas: si el marido es impotente, la mujer es incentivada a mantener relaciones sexuales con familiares o amigos hasta que se quede embarazada; si es la mujer la infértil, el hombre puede buscar otra mujer que tenga hijos por ella (Trindade & Enumo, 2002).

En Mozambique, en la actualidad, las mujeres infértiles del grupo étnico Macua, son excluidas de las ceremonias tradicionales y de las actividades sociales. La gran mayoría de estas mujeres practican el adulterio con la esperanza de obtener el embarazo (Gerrity, 1997). En la tribu Shangana también en Mozambique, la causa de la infertilidad es atribuida a un castigo de los espíritus (Van Baler & Bos, 2004).

En la tribu Chenchu en India, la infertilidad es imputada a los espíritus y a los hábitos alimenticios y su tratamiento pasa por la ingestión de hierbas y del cordón umbilical además de ofrecer ofrendas a los espíritus.

Entre profesionales del sexo en Pune, India, la infertilidad es atribuida a pecados del pasado, a la magia negra ó a los deseos de los dioses. Los tratamientos también son a base de hierbas y de rituales espirituales. Algunas mujeres recurren a madres de sustitución, práctica esta condenable en la mayoría de los países occidentales. Otra forma de tratamiento común es la donación de semen de “forma real” ó sea, el adulterio. Esta

práctica que está descrita también en Chenchu y en Mozambique, tiene un papel peligrosamente importante en la diseminación de las enfermedades de transmisión sexual (Van Baler & Bos, 2004).

En la antigua cultura hebraica estaba permitido que el hombre se divorciase si su mujer era estéril y también podía cambiar de mujer cuando esta envejecía. En Brasil, la valorización del útero, enaltece la sexualidad femenina en el sentido de su disciplina y no de su realización. Se pensaba que al contrariar su función reproductora, el útero proyectaba en la mujer enfermedades como la melancolía, la locura y la ninfomanía. Además se creía que estas enfermedades estarían relacionadas con la presencia del demonio (Trindade & Enumo, 2002).

Curiosamente raramente se encuentran alusiones a la infertilidad masculina en estudios históricos ó antropológicos, lo que sugiere la atribución casi exclusiva a la mujer de los problemas reproductivos, utilizándose simbologías peyorativas y humillantes para estas mujeres, especialmente en las sociedades patriarcales. Al contrario, en la obra literaria de Lorca «Yerma» aflora la problemática de la esterilidad masculina. La intransigencia de la joven Yerma hacia su marido: “*Él no ansía hijos...y como no los ansía no me los da*” (Lorca, 2006, p. 93) la lleva a no resignarse a lo inevitable – la esterilidad – y la conduce a la tragedia, al no conformarse con su destino sola con su esposo y/o con un hijo de un familiar, lo que termina en el asesinato de su marido Juan.

Con respecto a la influencia de la religión es importante destacar que según Van Baler e Bos (2004) tanto en el Hinduismo como en las religiones politeístas se encuentran menos descripciones de infertilidad así como menos reglas ó restricciones para los tratamientos. Los dioses pueden causar infertilidad o crear embarazos. En oposición, en las sociedades monoteístas como el Islamismo y el Cristianismo existen agencias

institucionales, en forma de boletines papales, con declaraciones que reglamentan lo que es o no aceptable con respecto a los tratamientos de la infertilidad, si bien en el Islamismo la obediencia a estos es mucho mayor que en el Cristianismo (Van Baler & Bos, 2004).

Analizando las imágenes representativas de las mujeres en la religión Católica, la ausencia del embarazo se asocia muchas veces a figuras femeninas de formas raquílicas e iracundas, en oposición a las imágenes adiposas de las mujeres fértiles. Como afirma Noronha (2000) analizando las imágenes sobre la maternidad, la ira es la parte emocional de la infertilidad femenina. En la Europa Occidental se asiste a un vínculo problemático entre los objetos mágicos pre-históricos y las figuras promovidas por la mística religiosa cristiana, asociando el concepto de fertilidad al mundo de la naturaleza. Los rituales de fertilidad forman parte de una preparación colectiva de procreación y de los nacimientos. Cada nacimiento representa la continuidad de un linaje y la manutención del espíritu de una familia, así la fertilidad es esencialmente una temática de la familia expandida, y la mujer tendrá una posición simbólica central (Noronha, 2000).

Rocha-Coutinho (1994) observa que es la maternidad la que transforma a Eva en Maria. La importancia de Eva respecto a su inversión simbólica presente en la figuración de Maria y de las Madonas, fijan la representación de lo femenino en la presencia del cuerpo del hijo (Noronha, 2000). La Eva-pecadora tendrá que parir con dolor. Su destino es el sufrimiento por la promoción continuada de vida y la muerte sin transcendencia.

Con respecto al análisis Eva-Maria, por un lado existe el cuerpo corrompido por la relación sexual, el parto con dolor, el nacimiento y la muerte de Eva; por otro lado, el cuerpo femenino intacto, en ausencia de la relación sexual con la presencia de los principios activos masculino y femenino, lo que nos permite hacer comparación de este modelo con la reproducción asistida en mujeres sin vínculos maritales, el parto

acompañado por la tecnología (anestesia), el nacimiento sin muerte (control de los procesos infecciosos...) corresponden al mundo de Maria (Noronha, 2000).

Kitzinger en 1978 explicaba que en la sociedad occidental se acepta el mito de maternidad que afirma que el acto biológico de dar a luz transforma el yo de las mujeres, volviéndolas abnegadas y extremadamente generosas y satisfechas con el sacrificio personal, materializado por la Virgen Madre, que despojada de pasión, simboliza la pureza de las mujeres al servicio del hijo (Trinidad & Enumo, 2002).

Para finalizar veremos un cuadro resumen de la evolución cronológica del concepto de infertilidad al largo del tiempo, así como sus principales definiciones, causas y tratamientos.

**Cuadro 1. - Evolución histórica del concepto de infertilidad y sus tratamientos**

(Morice, Josset, Chapron & Dubuisson, 1995; Elder, Baker & Ribes, 2005; Figueiredo, 2005)

<i>Año</i>	<i>Auto res</i>	<i>Definiciones/descubrimientos médicos</i>
<b>Edad Media</b>	Médicos	La Infertilidad: Castigo de Dios por la falta de seriedad en el cumplimiento de los votos matrimoniales, ó por el placer sexual de la pareja;
<b>1512</b>	Villeneuve	Técnica pionera de la antigüedad egipcia: insertar un diente de ajo en la vagina de la mujer. Sí su hálito exhala el aroma a ajo entonces era fértil.
<b>1543</b>	Villeneuve e Rhazes Vesale	Los factores de Infertilidad eran la obesidad, pues esta sofocaba la simiente del hombre. El tratamiento consistía en la administración de plantas medicinales y de hígado ó testículos de jóvenes liebres ó de venado adulto. Publicó un atlas con un capítulo dedicado a la anatomía femenina.
<b>1552</b>	Eustachio	Delineó el útero, sus venas y arterias. Se puede considerar el padre de la idea de la inseminación artificial, recomendando a los hombres la colocación de su dedo en la vagina de su mujer para facilitar la concepción.
<b>1585</b>	Paré	Cirujano que recomendaba la dilatación del cérvix para el tratamiento de la infertilidad. Fue el primero en cortar la membrana divisoria vaginal en una mujer infértil.
<b>1951</b>	Harvey	Presenta una nueva teoría del desarrollo humano, siguiendo el pensamiento Aristotélico basado en la Teoría de la Epigénesis, defiende que todo deriva del huevo.
<b>1672</b>	De Graaf	Rechaza las teorías Aristotélicas sobre la fertilización y describe el ovario y la función folicular.
<b>1707</b>	Naboth	Publica un tratado sobre la infertilidad, defendiendo que las causas estaban relacionadas con la escleroses ovárica y los bloqueos de las trompas.
<b>1751</b>	Moupertius	Presentó la primera prueba científica sobre la transmisión hereditaria de un trazo humano, confirmando la posibilidad de transmisión de características hereditarias de ambos los progenitores.
<b>1759</b>	Wolff	En sus estudios con gallinas afirma que la constitución genética del huevo fertilizado determina la organización de las estructuras del organismo.
<b>1780</b>	Morgani	Identificó las causas de infertilidad como e.g. la ausencia de folículos.

<b>Año</b>	<b>Autores</b>	<b>Definiciones/descubrimientos médicos (cont.)</b>
<b>1780</b>	Spallanzani	Desarrollo técnicas de inseminación artificial en canes, identificando el proceso de reproducción, descubriendo la necesidad del semen, de su transporte y del óvulo. Además investigó sobre los efectos de las temperaturas bajas en el esperma humano.
<b>1791</b>	Hunter	Primeras tentativas de inseminación humana, consiguiendo el nacimiento de un bebe.
<b>1827</b>	Von Baer	Primero en demostrar el “ <i>mammalian ovum</i> ” aislando las células del esperma, dando el nombre de espermatozoides.
<b>1865</b>	Dehaut	Primera presentación científica sobre el tema.
<b>1866</b>	Sims	Constató que la infertilidad y la dismenorrea poseen el mismo origen, la constricción cervical y que el tratamiento pasaría por dilatar el cérvix. Acrecentó que una posición defectuosa del útero también podría contribuir a la infertilidad. Realizó inseminaciones artificiales, pero con una tasa de éxito muy baja pues no atendía al periodo fértil de la mujer.
<b>1875</b>	Hertwing	Estudios sobre la reproducción en erizos-marino concluyo que la fertilización en animales y en plantas consiste en la unión física de los núcleos de ambos progenitores.
<b>1876</b>	Schenk	Primeras tentativas experimentales en mamíferos de la técnica de fecundación in vitro (FIV).
<b>1884</b>	Pancoast	Realizó la primera inseminación con semen de dador. El dador fue su mejor alumno de su curso resultando en el embarazo de la mujer de una pareja infértil.
<b>1886</b>	Girault	Publica los resultados de la primera serie de diez casos exitosos. Fue el primero a transferir esperma en la cavidad uterina.
<b>1890</b>	Dickinson	Empleó a esperma de donante en sus inseminaciones, pero manteniendo un fuerte secretismo.
<b>1891</b>	Heape	Fue el primero obtener un embrión de un oviducto de un conejo e implantado en otro de “acogimiento” donde se desarrolló normalmente.
<b>1949</b>	Polge	Desarrollo las técnicas de crío preservación en la práctica veterinaria.
<b>1930-40</b>		Avances en la endocrinología reproductora permiten la identificación de las hormonas y de su papel en la reproducción.
<b>1951</b>	Chang	Demostraron que el espermatozoide tenía que sufrir alteraciones para conseguir fecundar el óvulo.
<b>1965-69</b>	Edwards	Inició el arduo trabajo en el estudio e suceso de las técnicas FIV en seres humanos. Publicación de los primeros estadios de fecundación en ovocito humano.
<b>1972</b>	Edwards e Steptoe	Primera transferencia embrionaria en humanos, a pesar de las fuertes críticas.
<b>1978</b>		Nacimiento del primer “bebe-probeta”, Louise Brown, tras quince años de esterilidad consiguen con el embarazo tras la fecundación en el laboratorio.
<b>1980-90</b>		Desarrollo de las técnicas modernas de reproducción asistida
<b>1984-85</b>	Asch	Primeros bebes nacidos después de la crío preservación de los embriones.
<b>1992</b>	Palermo	Primeros resultados de embarazos por Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI), técnica muy importante en casos de infertilidad masculina grave.

Después de esta breve reseña pasamos a describir los principales datos epidemiológicos relacionados con la infertilidad.

### **2.3. - Epidemiología**

Se estima que el porcentaje de parejas que pueden desarrollar algún problema de fertilidad en el mundo ronda el 15%, pero tiende a aumentar (Guerra-Díaz, 1998; Burt &

Hendrick, 2005; Gonçalves, 2005). Se calcula que en Portugal existen actualmente 500.000 parejas infértiles (Gonçalves, 2005).

Estudios demográficos demuestran que la distribución de la fertilidad mensual de las parejas que intentan un embarazo es heterogénea y se adecua a una distribución beta; o sea, cada pareja tiene aproximadamente una probabilidad constante mensual de concebir, pero la misma varía de pareja en pareja entre el 0% y el 60% (Velde, Eijkemans & Habbema, 2000; Evers, 2002), siendo la fecundidad media para una pareja joven en cada ciclo de aproximadamente un 20% (Guerra-Díaz, 1998; Gonçalves, 2005; Figueiredo, 2006).

Una fertilidad mensual de cero corresponde a una esterilidad, lo que ocurre en el 3 al 5% de las parejas. Para la mayor parte de las que mantienen relaciones sexuales regulares, la probabilidad de que la mujer quede embarazada es del 25%. Después de transcurridos tres meses de intentos regulares, cerca del 60% de las parejas logran un embarazo. Al cabo de un año, cerca del 85% al 90% de las parejas concibe espontáneamente un hijo. En este sentido, estadísticamente, del 8 al 15% de las parejas son infértiles (Guerra-Díaz, 1998; Reed, 2001; Gonçalves, 2005). En Portugal, según Figueiredo (2006) se estima que cerca de 500 mil parejas en edad fértil no tendrán hijos involuntariamente.

Aunque la infertilidad se considere actualmente una condición médica, no todas las parejas infértiles buscan ayuda. Se estima que este porcentaje en los EEUU ronda tan sólo la mitad de las parejas con problemas (McQuillan, Greil, White & Jacob, 2003) y, en Portugal este número, según Gonçalves (2005) se ubica alrededor del 43%. Las características de las parejas que buscan este tipo de ayuda médica, en Portugal, según Gonçalves (2005) son parejas con recursos económico-financieros medio/altos, mujeres caucásicas, con más de 30 años de edad, nulíparas y mayoritariamente casadas, consistente con el perfil socio demográfico de parejas que habitualmente buscan tratamiento para su

infertilidad (Abbey et al. 1992).

#### **2.4. - Etiología**

Históricamente, la etiología de los problemas de infertilidad estaba casi exclusivamente relacionada con factores femeninos, aunque hoy en día se cree que los factores masculinos explican en torno al 40-60% de los casos (Adamson & Baker, 2003; Stephen & Chandra, 1998, in Burt & Hendrick, 2005). Estos autores refieren que en el 10-30% de las parejas existen dos o más factores explicativos de la causa de infertilidad.

Entre los factores psicológicos que contribuyen a los problemas de infertilidad se encuentran la anorexia nerviosa y la amenorrea inducida por estrés. Algunos estudios han demostrado como un evento estresor puede inhibir el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal (Moreira, Lima, Sousa & Azevedo, 2005). Estudios recientes asocian la decadencia de la función ovárica y alteraciones de la función reproductora con la presencia de sintomatología depresiva o la historia previa de depresión en la mujer (Harlow et al., 2003, in Burt & Hendrick, 2005; Moreira, Lima, Sousa & Azevedo, 2005). Asimismo se reconoce que el estrés puede influir significativamente en la función reproductora, repercutiendo no sólo a nivel orgánico sino también a nivel funcional y, contribuyendo, por ejemplo, a la disminución de la actividad sexual o incluso a problemas relacionados con la disfunción eréctil (Faria, 2001; Evers, 2002).

Podemos enumerar un conjunto de factores socio-económicos que parecen contribuir al aumento de la infertilidad. Se puede destacar la dificultad del acceso al primer empleo y al domicilio propio de los jóvenes. Además se acrecienta la necesidad de afirmación social y profesional de las parejas, que puede inducir el aplazamiento del matrimonio y, en consecuencia, la creciente postergación de la decisión de las mujeres de tener su primer

hijo en un momento en que la fertilidad, desde el punto de vista orgánico, empieza a disminuir (Figueiredo, 2006). En Portugal, la edad del primer embarazo se sitúa entre los 30 y los 39 años va incrementándose como se observa cuando los comparamos con los datos de 1991, pasando de 37,9% al 39,1% en 2001 (INE, 2001).

Estos factores, junto al número creciente de enfermedades de transmisión sexual (ETS), que afectan directamente al aparato reproductor femenino y masculino, al desarrollo de algunas variables de orden ambiental altamente tóxicas, y al uso frecuente de métodos anticonceptivos pueden igualmente influir en el crecimiento de situaciones de infertilidad (Guerra-Díaz, 1998; Reed, 2001; Evers, 2002).

Gonçalves (2005) propone que los factores de infertilidad se agrupen en dos: factores no patológicos y los patológicos. Entre los factores no patológicos encontramos esencialmente la edad de la mujer, dado que la mujer no es fértil durante toda su vida, el pico de fertilidad se encuentra alrededor de los 25 años y su decadencia se acentúa a partir de los 35. En el grupo comprendido entre los 20 y los 24 años el porcentaje de parejas estériles es de 5%, subiendo al 20-30% a los 40 años, y cada vez son más las mujeres que retrasan la decisión de tener el primer hijo (Reed, 2001). La frecuencia de las relaciones sexuales es otro factor no patológico identificado por Gonçalves (2005), la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera una periodicidad adecuada la dos veces por semana, con intervalos regulares, o dos veces por mes en el período fértil, correspondiente a los tres días anteriores a la fecha previsible de la ovulación y a los dos días siguientes, ya que durante este período los gametos sexuales se pueden fertilizar. Gonçalves (2005) ha catalogado tres grandes grupos en relación a los factores patológicos: alteraciones del tracto genital femenino, disfunción ovárica y alteraciones del esperma. Ó sea, divide los factores de infertilidad en masculinos con un predominio relativo de aproximadamente el

40%, y factores femeninos con el mismo predominio. Cuando los dos elementos de la pareja presentan algún problema, se clasifica como factores mixtos.

En cerca de 10 a 15 % de las parejas no se logra identificar una causa médica para la infertilidad y, en este caso se clasifica como infertilidad idiopática o inexplicable (Peterson, Newton & Rosen, 2003).

A continuación elaboramos un cuadro resumen (cuadro 2), adaptado de los trabajos de García (1998) y de Gonçalves (2005) explicativo de las principales causas de infertilidad, con una estimación de predominio de cada problemática en la población infértil, así como también los principales detonadores de esas condiciones, la forma como se evalúan las mismas, con la posibilidad de efectuar comparaciones con números normativos, propuestos por la OMS y, finalmente, las alteraciones o diagnósticos más frecuentes.

**Cuadro 2. - Factores de Infertilidad según García (1998) y Gonçalves (2005)**

<b>Factores de Infertilidad</b>					
	<b>Predominio Relativo</b>	<b>Causas</b>	<b>Estudio</b>	<b>Valores Normales</b>	<b>Alteraciones más frecuentes</b>
<b>Factores Masculinos</b>	<b>Masculino</b> 40% de las situaciones de infertilidad	<b>Generan esterilidad:</b> - agenesia conductos deferentes; - cromosomopatías; <b>Generan subfertilidad:</b> - varicocele; - causa ideopática;	<b>Espermograma</b>	<b>Espermograma Normal (OMS):</b> - Volumen $\geq$ a 2 ml - pH 7,2-7,8 - Espermatozoides - N° $\geq$ 20 millones/mL - Motilidad II $\geq$ 50% o progresivos rápidos $\geq$ 25 III - Morfología $\geq$ 30% normales - Vitalidad: 75% vivos - Leucocitos < 1 millón/mL	<b>Segundo Kruger</b> - <b>Normospermia:</b> - <b>Oligospermia:</b> n° < 20 millones/ml - <b>Astenospermia:</b> Motilidad II < 50% III o < 25% - <b>Teratospermia:</b> < 14% de formas normales - <b>Azoospermia:</b> ausencia de espermatozoides en la eyaculación - <b>Aspermia:</b> ausencia de eyaculado
<b>Factores Femeninos</b>	<b>Ovulatorio</b> 30-40% de las situaciones de infertilidad femenina	<b>Anovulación:</b> - s. ovario poliquístico; - fallo ovárico prematuro; - hiperprolactinémica; - amenorrea hipotalámica; - enf. tiroidea; - enf. suprarrenal; - defectos fase luteal.	<b>Historia clínica</b> <b>Moco cervical</b> <b>Curva de t° basal</b> <b>Monitorización de LH</b>	<b>Doseamiento de FSH (2°-3° día do ciclo):</b> - FSH elevada = falla ovárica, dificultad en estimularla. - FSH normal + LH elevada (2°-5° día) = síndrome ovárico poliquístico	<b>Historia Clínica:</b> - Ciclos: Ovulatorios Anovulatorios: Irregulares - Oligoamenorrea - Obesidad - Galactorrea - Hirsutismo - Acné <b>Mucosa cervical:</b> - Abundante, transparente, acelular y filante = sugestivo de ovulación;

					<p><b>Curva de temperatura basal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 11 días de elevación térmica = duración inadecuada de la fase luteal;</li> <li>- Valores de progesterona: <ul style="list-style-type: none"> <li>6,5 ng = ovulación</li> <li>&gt;10 ng = fuerte probabilidad de ovulación</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Monitorización de hormona luteinizante (LH):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pico de LH antecede cerca de 12 horas a la ovulación (kit de LH )</li> <li>- Biopsia do endometrio: confirmar situaciones de insuficiencia luteal;</li> </ul> <p><b>Ecografía:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar el desarrollo folicular hasta la ovulación.</li> </ul>
<b>Tubo/peritoneal</b>	30 a 40 % casos de infertilidad femenina	<p><b>- Historia de enfermedad pélvica inflamatoria;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peritonitis;</li> <li>- Aborto séptico;</li> <li>- Cirugía pélvica;</li> <li>- DST;</li> <li>- Endometriosis;</li> <li>- Adherencias peritubales y periováricas.</li> </ul>	<p><b>Estudio de Permeabilidad tubarica:</b></p> <p>Histerosonosalpingografía</p> <p>Laparoscopia</p>		<p><b>Histerosonosalpingografía:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen inicial</li> </ul> <p><b>Laparoscopia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación morfológica del útero, de las adherencias y la endometriosis.</li> </ul>
<b>Cervical</b>	5% de las situaciones de infertilidad femenina	<b>Variaciones Hormonales</b>	<p><b>- Test de Ferning;</b></p> <p>Estrógenos aumentan la secreción y hacen el moco más filante, acelular, límpido y poco viscoso;</p> <p>Progesterona hace el moco más espeso, opaco, celular y viscoso:</p> <p>1 a 2 días después de la ovulación</p> <p><b>- Evaluación del factor cervical (TPC):</b></p> <p>1 a 2 días antes de la ovulación y 2-6 horas después del acto sexual</p>	<p><b>TPC: evaluar la interacción entre espermatozoides y muco cervical:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 espermatozoides móviles por campo y 20 en la lámina del fondo de saco = Normal;</li> </ul>	<p><b>Calidad del moco puede ser mala debido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- test efectuado en momento inadecuado;</li> <li>- cervicitis;</li> <li>- antecedentes de cauterización;</li> <li>- crioterapia;</li> <li>- conización;</li> <li>- uso de citrato de clomifeno;</li> </ul> <p>Factores inmunológicos (shaking) comprometen la movilidad.</p>
<b>Uterino</b>		<p><b>Aborto recurrente</b></p> <p><b>Miomas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- obstrucción al transporte de esperma;</li> <li>- alteraciones en la implantación</li> </ul> <p><b>Dismorfía uterina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- congénitas;</li> <li>- septo;</li> <li>- sinequias;</li> </ul>	<p><b>Ecografía pélvica endovaginal;</b></p> <p><b>Histerosalpingografía;</b></p> <p><b>Histeroscopia.</b></p>		

Después de esta breve caracterización de los principales factores asociados a la infertilidad pasamos a reflexionar sobre las posibilidades de tratamiento para las parejas

que no se conforman con la ausencia involuntaria en sus vidas de hijos biológicos.

## **2.5. - Tratamientos médicos**

En este capítulo abordaremos las principales técnicas y tratamientos médicos disponibles para las parejas que no logran un embarazo espontáneo y que buscan centros especializados de reproducción humana asistida.

Cuando una pareja, después de decidir tener hijos, ve su sueño postergado mes a mes, con la aparición de la menstruación de la mujer, pueden desarrollar sentimientos de preocupación ó angustia y frente a esa situación pedir ayuda especializada. En esta primera fase la pareja tendrá que recurrir a su médico de cabecera. Podremos designar el tipo de evaluación médica realizada en este momento, en el sentido de intentar identificar una condición médica que impida el embarazo deseado, con los tratamientos de primera escala (Bryan & Higgins, 2002; Gonçalves, 2005).

Según Reed (2001) la tecnología de reproducción incluye todos los aspectos implicados en la manipulación reproductiva, desde los procedimientos más simples, o de primera escala (Bryan & Higgins, 2002), como los tratamientos hormonales, hasta los más complejos, como la Inseminación Artificial Intrauterina (IA), la Fertilización In Vitro (FIV), la Microinyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) y otras variantes de estos tratamientos, dependiendo de las condiciones médicas identificadas en las parejas (Almeida, 2005; Moreno-Roset, 2009).

Así, en el tratamiento de las situaciones de infertilidad, podemos identificar cuatro fases principales, que consisten en la manipulación hormonal, la retirada de ovocitos, la fertilización y, por último, la transferencia de embriones (Reed, 2001).

Gerrity (2001a) en un estudio que realizó para evaluar el impacto del diagnóstico de

infertilidad en las parejas a nivel de la relación marital, destaca: la respuesta de ansiedad, el estilo de afrontamiento (coping) adoptado y el apoyo social percibido. Siguiendo un modelo de análisis biopsicosocial, propuso la división de las parejas en las siguientes fases de tratamiento médico, incluyendo aspectos de sus vidas, como el tiempo de diagnóstico y el número de tratamientos médicos realizados, entre otras. Las fases propuestas son las siguientes:

*Fase de prediagnóstico:* los sujetos incluidos en esta etapa llevan por lo menos un año sospechando que existe un problema de infertilidad, estando aún en fase de evaluación;

*Inicio del tratamiento:* el diagnóstico se ha realizado y ya se ha planificado un proyecto de tratamiento (generalmente existen problemas de fertilidad desde hace un año y el problema médico está identificado);

*Tratamiento regular:* la pareja ya ha realizado más de un tratamiento, ha recurrido a más de un especialista, o ya ha estado involucrada en tratamientos entre dos y cinco años;

*Persistentes:* la pareja está siendo seguida por médicos especializados hace más de cinco años, presenta múltiples problemas de fertilidad, o infertilidad inexplicable, habiendo pasado por varios equipos médicos;

*Tratamiento concluido:* parejas que después de varios intentos no quieren continuar con los procedimientos médicos. Las razones pueden incluir un diagnóstico de esterilidad, tener un hijo biológico, haber adoptado un niño u optar por vivir sin hijos.

### **2.5.1. - Biotecnología en reproducción humana asistida**

El desarrollo tecnológico en el área de la biotecnología contribuye de manera decisiva a que actualmente aparezcan técnicas cada vez más precisas y sofisticadas para diagnosticar situaciones de infertilidad (Almeida, 2005). Las principales técnicas utilizadas

actualmente en los centros especializados de tratamiento de la infertilidad, en la fase inicial del tratamiento de la disfunción ovárica, como la anovulación o la disovulación, se recurre a la manipulación hormonal o inducción de la ovulación, con el objetivo de mejorar la madurez de uno o varios óvulos (Padró & Junyent, 1998).

Este tratamiento consiste en el suministro de citrato de clomifeno, que es un antiestrogénico que actúa a nivel del hipotálamo y de la hipófisis, para que se liberen las gonadotrofinas hipotalámicas FSH y LH y madure el ovocito con la ovulación (Reed, 2001; Bryan & Higgins, 2002; Padró & Junyent, 2002). Los especialistas generalmente recomiendan por lo menos tres ciclos de manipulación hormonal antes de avanzar hacia la fase siguiente del tratamiento, aumentando así las posibilidades de que la mujer quede embarazada, pero no deben excederse de los seis ciclos, siendo el equipo médico el que tiene que valorar la posibilidad de que existan otros factores que estén impidiendo la concepción.

Los síntomas provocados por el clomifeno se describen como desagradables, incluyendo inestabilidad vasomotriz que provoca rubor, incomodidad en el pecho, cansancio, aumento de peso y variaciones del humor (depresión y ansiedad). En mujeres emocionalmente vulnerables, este tratamiento puede afectar de modo negativo su estabilidad emocional, aunque intenten disimularlo, si tienen la determinación de proseguir con el tratamiento (Reed, 2001).

Cuando no se obtienen resultados positivos con la administración de citrato de clomifeno se administran inyecciones de gonadotrofinas FSH y LH, de forma que se estimule directamente el ovario para que maduren uno o varios óvulos. Con respecto al tiempo de aplicación de este tratamiento, puede decirse que es equivalente al tratamiento anterior (Padró & Junyent, 1998).

Pero también puede ser necesario recurrir a procedimientos quirúrgicos o micro quirúrgicos, para corregir alguna alteración, tanto de la mujer como del hombre. Según Bryan y Higgins (2002) la cirugía en la mujer sirve para quitar las adherencias en las Trompas del Falopio o alrededor de los ovarios. Se podrá igualmente utilizar para remover fibromas o corregir un útero clínicamente anormal. En los hombres, el varicocele se puede eliminar por medio de cirugía, aunque existe una polémica sobre la eficacia real de este procedimiento, pero en muchos casos aumenta pasajeramente el conteo de espermatozoides (Bryan & Higgins, 2002; Gonçalves, 2005). Otra indicación posible para la cirugía en los varones se relaciona con el bloqueo del conducto deferente. Este procedimiento es mucho más complejo, pues exige mucha pericia de los profesionales, aunque su éxito depende también de la magnitud del bloqueo. En estos casos, una cirugía técnicamente exitosa puede no provocar el efecto deseado, que es la efectiva producción de espermatozoides que posibilite la concepción (Bryan & Higgins, 2002); estos autores refieren que la indicación más frecuente para la cirugía en el hombre se relaciona con el intento de revertir una vasectomía, disminuyendo la probabilidad de éxito de la cirugía a medida que aumenta el tiempo de la vasectomía.

La Inseminación Artificial Intrauterina (IA) es un método frecuentemente utilizado en casos de anovulación, ovulaciones poco frecuentes, hostilidad de la mucosa uterina, en factores masculinos moderados y también en casos de infertilidad inexplicable (Almeida, 2005). Se indica igualmente en casos de infertilidad que se relacionan con dificultades a nivel de relaciones sexuales ineficaces o ausentes (Bryan & Higgins, 2002). Es un procedimiento que consiste en introducir espermatozoides en el aparato reproductor femenino, sin que haya relación sexual (Gatell & Camps, 2000; Sánchez, 1998).

La inseminación artificial conyugal (IAC) se indica cuando los espermatozoides

proviene de la pareja de la mujer; por el contrario, cuando se recurre a espermatozoides de donante, la técnica tiene la misma designación, pero se sustituye por donante (IAD). En este último caso, el espermatozoides se debe siempre congelar por un período mínimo de seis meses, para prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS) y, además se realiza normalmente un estudio cromosómico, para evitar patologías genéticas (Sánchez, 1998).

Se trata de una técnica relativamente sencilla, a través de la cual se estimulan los ovarios para que produzcan folículos. El varón, el día programado para la inseminación, recoge una muestra de espermatozoides, que será procesada en laboratorio, para obtener el mayor número posible de espermatozoides morfológicamente normales y de buena motilidad, eliminándose todas las sustancias que no deben llegar al útero, como el plasma seminal, células epiteliales masculinas, leucocitos y bacterias, entre otras (Gatell & Camps, 2000; Sánchez, 1998; Almeida, 2005). Los varones describen muchas veces este procedimiento de recolección de espermatozoides como incómodo, e incluso puede representar un aumento del estrés. En ocasiones puede ocurrir que se postergue la intervención, debido a la incapacidad del hombre para tener una erección y consecuente producción de espermatozoides en el ambiente clínico de hospital. Este procedimiento puede reactivar toda la problemática relacionada con la infertilidad, haciendo resurgir sentimientos de baja autoestima y de identidad sexual en el hombre, afectando incluso de forma indirecta a la mujer, que aguarda la implantación (Reed, 2001; Bryan & Higgins, 2002). Cuando el espermatozoides está en condiciones de ser inseminado, todos los cuidados son necesarios, en el sentido de minimizar el impacto en el endometrio de la mujer, para viabilizar la posible implantación del embrión (Almeida, 2005).

Las técnicas que hemos descrito, a pesar de poder constituir una primera etapa de las técnicas de reproducción asistida, se consideran técnicas *in vivo*, ya que la unión de los

gametos femeninos con los masculinos ocurre siempre en el cuerpo de la mujer (Reed, 2001; Lluch & Corbella, 2002).

A partir del momento en que existe la intervención del laboratorio, se pasa a otro nivel de tratamiento, en el cual la fertilización ocurre en laboratorio, procediéndose posteriormente a la transferencia de embriones. Con estas técnicas, teniendo en cuenta la problemática o dificultades de las parejas, se puede recurrir a innumerables variantes, cada vez más sofisticadas debido al desarrollo consolidado de la biotecnología humana. Las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) se caracterizan esencialmente por la manipulación hormonal, por la extracción y almacenamiento de ovocitos de las mujeres y la respectiva manipulación para la obtención de la fertilización. Así, se obtienen embriones sanos, que se implantan nuevamente en el útero de las mujeres, esperando que de este modo ocurra el embarazo (Gatell & Camps, 2000; Reed, 2001).

La Fertilización In Vitro (FIV) se dio a conocer con el nacimiento del primer bebé a través de esta técnica en 1978 en Gran Bretaña. Desde entonces y hasta inicios de los años 80, las indicaciones médicas se remitían casi exclusivamente a la esterilidad tubárica. Actualmente las indicaciones clínicas incluyen factores masculinos y factores inmunológicos como la incompatibilidad de la mucosa, y la endometriosis, entre otros (Lluch & Corbella, 2002).

El ciclo del tratamiento que dura aproximadamente cuatro semanas, se inicia con la estimulación ovárica para la producción de varios ovocitos y dependiendo de la respuesta ovárica de la mujer se puede recurrir a la estimulación hormonal (Gatell & Camps, 2000; Bryan & Higgins, 2002; Almeida, 2005). El proceso se va monitorizando a través de ecografías sucesivas que evalúan el crecimiento folicular y por medio de análisis de sangre que determinen el nivel de estrógenos (Gatell & Camps, 2000; Lluch & Corbella, 2002;

Bryan & Higgins, 2002), permitiendo tomar la decisión de pasar a la etapa siguiente.

Cuando los folículos ováricos alcanzan dimensiones superiores a 16mm, la madurez de los ovocitos desencadena la administración de hormona gonadotrofina coriónica (HGC). Pasadas aproximadamente 34 a 36 horas, se realiza una punción por ecografía transvaginal, con anestesia local, para obtener los líquidos foliculares que contienen los ovocitos (Gatell & Camps, 2000; Almeida, 2005). La respuesta de cada mujer al tratamiento hormonal condiciona el número de ovocitos recuperados, esta cantidad puede variar entre diez y doce por ciclo, pudiendo depender de la mujer y en la misma mujer en cada ciclo (Lluch & Corbella, 2002).

Inmediatamente después de la recolección, se procede al rastreo de ovocitos en laboratorio y se seleccionan espermatozoides mediante la centrifugación en gradientes de densidad. Pasadas algunas horas, se procede a la inseminación de los ovocitos con los espermatozoides del cónyuge o del donante. Pasadas 16 a 18 horas después de la inseminación se hace la evaluación de la fecundación y los cigotos se colocan nuevamente en medio de cultivo hasta el día de la transferencia de los embriones al útero de la mujer (Gatell & Camps, 2000) lo que suele ocurrir en el segundo y el quinto día después (Lluch & Corbella, 2002; Almeida, 2005).

El número de embriones transferidos, en la mayor parte de los centros de fertilización, para evitar embarazos múltiples, normalmente es de dos o tres (Bryan & Higgins, 2002; Almeida, 2005), pero éstos se seleccionan, según Gatell y Camps (2000) en función de sus cualidades, que dependen mucho de la etiología de la infertilidad, de la edad de la mujer, del estadio del embrión y del número de ciclos anteriores sin éxito.

Al cabo de 12 a 14 días de la transferencia embrionaria, la mujer podrá saber si está o

no embarazada. En caso de que no lo esté, el equipo biomédico debe replantearse junto con la pareja una nueva opción reproductiva, que podrá contemplar el abandono de la RA hasta la repetición de un ciclo FIV, con la introducción o no de tecnologías avanzadas (Gatell & Camps, 2000). Para estos autores (Gatell & Camps, 2000; Bryan & Higgins, 2002) el fracaso de un ciclo FIV, de un punto de vista biomédico, se puede deber a una de las siguientes situaciones: fallo en la recolección de ovocitos en la punción transvaginal; no haberse obtenido espermatozoides viables en la recolección efectuada; fallo de unión de los gametos sexuales; y, por último, desarrollo inadecuado de un embrión sano después de la transferencia. En este sentido, se deberá explicar a la pareja este proceso, pues repercutirá en los sentimientos de culpa y fracaso que normalmente emergen en esta fase.

Partiendo de la idea central de la técnica de FIV, la biotecnología ha ido desarrollando innumerables técnicas complementarias, que permiten la adaptación a las características individuales de cada pareja con problemas de fertilidad.

La Microinyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI) ha revolucionado las técnicas de RA y surge como tratamiento de elección cuando los casos de infertilidad se relacionan con factores masculinos severos, como oligo/asteno/teratospermias graves, e incluso en situaciones de azoospermias, obteniéndose espermatozoides de los testículos o del epidídimo (Gatell & Camps, 2000; Lluch & Corbella, 2002; Almeida, 2005). Esta técnica consiste en la inyección directa de un único espermatozoide en el citoplasma de un ovocito, superando todas las barreras del ovocito que un espermatozoide debe superar para lograr fecundar de forma natural (Lluch & Corbella, 2002). El procedimiento es semejante al ciclo FIV, sólo que se recurre a la microinyección en vez de la inseminación de ovocitos. Esta técnica está igualmente indicada cuando el elemento masculino es portador del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), hepatitis B ó C, procediéndose al «lavado del

semen», para determinar una carga viral nula, (Almeida, 2005). Además en estas situaciones, existe la necesidad complementaria de realizar estudios genéticos preimplantacional (PGD), para evitar la transmisión de una alteración genética susceptible de transmitirse a su descendencia (Gatell & Camps, 2000).

Por otro lado las técnicas de criopreservación presentan ventajas en los tratamientos de reproducción humana, ya que es frecuente que se obtenga, tras de varios tratamientos de inducción de la ovulación, varios embriones viables de transferencia, pudiendo conservar los sobrantes (como vimos anteriormente, se utilizan sólo dos o tres por ciclo).

Este tema despierta innumerables dilemas éticos, en las parejas, en el equipo médico y en toda la comunidad en general. La técnica de criopreservación de embriones permite almacenar embriones viables sobrantes, para ser utilizados en intentos posteriores, evitándose de este modo la primera etapa del proceso de manipulación hormonal destinada a la inducción de la ovulación (Gatell & Camps, 2000; Lluch & Corbella, 2002; Almeida, 2005). Sin embargo, estos embriones no deben permanecer eternamente criopreservados, en Portugal, la legislación reciente sobre la Procreación Médicamente Asistida, Ley nº 32/2006, determina la adopción de estos embriones sobrantes por otras parejas para que, de esta forma, los embriones formen parte de un proyecto parental, para el cual fueron concebidos. Con todo, en caso de que este procedimiento no se efectúe en tiempo útil (se puede criopreservar el embrión durante aproximadamente cinco años), el Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 2004), admite la posibilidad de destinar los embriones a la investigación, en beneficio de la misma o en beneficio de la humanidad (Ley nº 32/2006).

En caso de prohibición de la técnica de criopreservación de embriones, se puede optar por la criopreservación de gametos femeninos. Esta técnica es igualmente útil en

situaciones de fallo ovárico prematuro, endometriosis, infecciones pélvicas, esterilidad iatrogénica después de radio o quimioterapia en patologías neoplásicas, para su posterior utilización para el cumplimiento del rol reproductivo.

La criopreservación de células espermáticas está igualmente indicada en situaciones iatrogénicas de los elementos masculinos (Almeida, 2005).

La adopción de ovocitos constituye otra área en que esta técnica podrá revelarse útil (en países cuya adopción está permitida) (Bryan & Higgins, 2002; Almeida, 2005). El diagnóstico de patologías de naturaleza genética (DPGI) en parejas portadoras de alguna anomalía hereditaria, en sus embriones en fases de preimplantación, constituye una alternativa de diagnóstico prenatal y se hace de extrema importancia, ya que permite seleccionar los embriones portadores de anomalías para implantar sólo los genéticamente normales. Factores como la edad avanzada de la mujer (superior a 35 años) y el fracaso repetido en ciclos FIV son buenos indicadores para recurrir a este diagnóstico (Lluch & Corbella, 2002; Almeida, 2005).

Podemos concluir que los avances en la biotecnología reproductiva humana han sido en los últimos treinta años notables y han abierto una multiplicidad de posibilidades no sólo para los equipos biomédicos de los centros de infertilidad, sino también, y tal vez el más importante, a las parejas que presentan problemas de fertilidad. Sin embargo, no nos debemos olvidar que los aspectos emocionales de las parejas, pueden complicar todas las fases del tratamiento. En estas parejas se pone en evidencia una mezcla de sentimientos tan variados y muchas veces ambivalentes, como ataques de rabia, culpa, frustración, baja autoestima, estrés, ansiedad y depresión, que surgen con frecuencia durante los tratamientos médicos a los que se someten y, que pueden influir en el resultado final, es decir en el éxito o fracaso del embarazo.

Conviene igualmente tener en cuenta los dilemas éticos y morales que muchas veces se plantean, como qué hacer con los embriones excedentes, o por ejemplo, en el caso de inseminación artificial recurriendo a donante, averiguar si los sentimientos de parentalidad no se perturbaran o condicionaran debido a la existencia de un tercer elemento (anónimo) que introduce un nuevo material genético en el seno de la pareja. Las parejas tendrán incluso que reevaluar todos los aspectos de sus vidas presentes (en el caso de optar por recurrir a centros de especialidad para intentar vivir un proyecto de vida que incluye un hijo biológico), haciendo sacrificios a nivel personal para poder cumplir con los procedimientos médicos sufriendo la economía familiar (con ausencia de vacaciones, hábitos de ocio, etc.) para poder costear los altos gastos de los tratamientos.



### **3.-ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INFERTILIDAD**

En este apartado revisaremos las dimensiones psicológicas asociadas a la vivencia de la infertilidad, que en un primero plano accionan todas las representaciones que los sujetos tienen sobre la reproducción y la parentalidad. Pasamos a comprender el impacto del diagnóstico de infertilidad en el seno de la pareja. Mediante sus representaciones y creencias, algunas parejas van a procurar ayuda especializada para el cumplimiento de su deseo de tener un hijo biológico y aquí tenemos que atender a las expectativas acerca del tratamiento, tanto positivas como negativas, que podrán influenciar la forma de afrontar el problema. Exploraremos las principales variables psicológicas envueltas en todo este proceso como son el estrés, las respectivas estrategias de afrontamiento y la manifestación de sufrimiento emocional como la ansiedad y la depresión.

Terminaremos este capítulo con una síntesis de las principales teorías psicológicas explicativas del fenómeno infertilidad.

#### **3.1. - Impacto del diagnóstico**

Para comprender mejor el impacto que una situación de infertilidad puede tener en la pareja hay que entender los significados que los sujetos atribuyen a la parentalidad. Querer o desear tener un hijo puede constituirse como la dimensión central del proyecto de vida de una pareja, pudiendo considerarse una etapa del desarrollo para llegar a la madurez, o servir para cumplir el papel de procreación impuesto por la sociedad para mantener la especie (Faria, 2001; Hardy & Makuch, 2002; Leal & Pereira, 2005). Este deseo puede ser tan primordial que la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en el Artículo 16.1, reconoce esa intención como un derecho fundamental que alcanza a todas las personas, independientemente de la raza, nacionalidad o religión

(Amnistía Internacional, 1961).

Cuando una pareja se ve impedida para ejercer este derecho por un diagnóstico de infertilidad, este acontecimiento de vida estresante e inesperado podrá ser considerado como un “golpe existencial” o como una maldición (Faria, 1990; Herz, 1989, cit por Leal & Pereira, 2005; Burt & Hendrick, 2005). La confirmación de un cuadro de infertilidad puede generar una profunda herida en la integridad emocional y psicológica de la pareja.

Según Leal y Pereira (2005) esta situación deberá contextualizarse como un acontecimiento de vida (*life-event*) caracterizado por la aparición de síntomas comunes a una situación de crisis y, cuyo impacto puede alterar el estado emocional de la pareja (Moreno-Rosset, 2000, 2009). Según Vaz-Serra (1999) en su modelo de estrés el fenómeno de la infertilidad lo podríamos definir como un “acontecimiento deseado que no ocurre”.

En ese sentido, en base a los estudios de Kubler-Ross (in Moreno-Rosset, 2000) sobre los procesos psicológicos de las parejas con infertilidad, describimos las fases principales de resolución y las respectivas respuestas desencadenadas en hombres y mujeres frente a este suceso:

En la primera fase de **diagnóstico**, las parejas experimentan de forma brusca negación y aislamiento, como indica Worden (in Moreno-Rosset, 2000) se trata de...”*reconocer la realidad de la situación o de la pérdida*”. La negación se puede manifestar en la búsqueda de otro centro médico, o presentando una reacción de fuga hacia adelante. Cada sangrado menstrual es vivido por la mujer con sentimientos mezclados de frustración, desolación y tristeza (Leal & Pereira, 2005). Syme (1997 in, Palacios & Jadresic, 2000) denomina esta etapa de **paralización**, pues en ella se produce la invasión de sentimientos repetidos de incertidumbre, de que puede existir algún error en el

diagnóstico.

La etapa siguiente propuesta por Syme (1997, in Palacios & Jadresic, 2000) es caracterizada por el **Anhelo**, por la gran necesidad de concretar el deseo de ser padres, deseo este que, al no poder ser satisfecho, se ambiciona ardorosamente, esta etapa es semejante a la fase de **reacción o de manejo de sentimientos** frente el diagnóstico de Kubler Ross. Aquí despuntan esencialmente la rabia y la depresión (Leal & Pereira, 2005), la cólera, el enfado y la búsqueda de culpables de la situación de infertilidad (Moreno-Rosset, 2000). En este momento es muy importante que la pareja trabaje su dolor por la pérdida de control (Worden, in Moreno-Rosset, 2000). Como lo describe Read (in Moreno-Rosset, 2000):

*...”es un momento en el que después de conocer el problema de infertilidad, el equilibrio emocional se altera, y puede repercutir en el rol que desempeña cada miembro de la pareja, en la comunicación entre ella, en su sexualidad, en la familia, etc.”*

Para Syme (1997, in Palacios & Jadresic, 2000) existe otra etapa la de **desorganización y desesperación**, caracterizada por una sensación generalizada de culpa, atribuyendo la infertilidad a un castigo por un pasado sexual eventualmente promiscuo. Aquí la sensación de incontrolabilidad es acentuada, pudiendo ser vivenciada con mucha ansiedad y depresión.

**Planear la acción** es la tercera fase, donde las parejas tienen que decidir una solución, negociando e informándose de las opciones que tienen para intentar controlar la situación (Kubler-Ross, in Moreno-Rosset, 2000; Leal & Pereira, 2005). Para Worden (in Moreno-Rosset, 2000) la pareja deberá evaluar de nuevo la situación, o estudiar las distintas posibilidades. A esta etapa Syme (1997, in Palacios & Jadresic, 2000) la designa de **reorganización**, implicando la aceptación y el restablecimiento de la vida normal de la

pareja. Para este autor esta fase pueda durar entre dos y cinco años o bien que nunca ocurra.

La fase de **aplicación del tratamiento especializado**, conlleva según Kubler-Ross (in Moreno-Rosset, 2000) un aumento de los sentimientos de ansiedad y de estrés por la confrontación con sentimientos de pérdida y de prejuicios de una vida sin hijos.

Por último, en la fase de **espera de los resultados**, la pareja vuelve a tener que aceptar la realidad, además centrarse en el presente y prever el futuro (Kubler-Ross, in Moreno-Rosset, 2000). Según Worden (in Moreno-Rosset, 2000) las parejas: ...”*deben reubicar sus emociones de forma que puedan reinventar la vida sin hijos*” o bien prepararse para la parentalidad. Esta resolución que sucede al sufrimiento puede durar meses ó años (Leal & Pereira, 2005).

### **3.2. - Búsqueda de ayuda especializada**

Cuando un miembro de la pareja sospecha tener un problema de fertilidad, empieza una búsqueda de explicaciones, generalmente junto a su médico atención primaria, quien ante la sospecha de un diagnóstico de infertilidad, debe encaminarlos a los centros de reproducción.

La decisión de buscar apoyo especializado, tendrá que ser examinada por el equipo médico, independientemente de estar identificada la causa del problema (Nodim, 2005). Muchas veces la pareja presenta cogniciones erróneas acerca del proceso del tratamiento, pensando que su problema será solucionado pronto por el simple hecho de ir al centro (Rosset, 2000). En algunos casos, los miembros disponen incluso de poco tiempo para las consultas, evidenciando siempre prisas.

En este sentido, es muy importante que el equipo biomédico trate la enfermedad

como un diagnóstico conyugal para que ambos se impliquen en el proceso y tomen conciencia de las respectivas consecuencias muchas veces morosas, dolorosas y estresantes del punto de vista físico y emocional (Sá, 1997; Moreno-Rosset, 2000; Nodim, 2005). Se deben explicitar todas las informaciones sobre las posibilidades de los tratamientos adecuados a cada problemática, así como las pruebas diagnósticas a que deben someterse (dado que algunas son particularmente dolorosas, como vimos en el apartado de los tratamientos médicos, principalmente para las mujeres) e informarlos de todos los costes asociados al tratamiento.

Tras conocer todos los tratamientos, Faria (1990) describe la vivencia emocional de algunas parejas cuando optan por iniciar un tratamiento de reproducción asistida, como el ciclo FIV, en seis fases distintas:

La primera es la fase de Optimismo Elevado, la pareja se presenta muy motivada iniciando el tratamiento de forma muy positiva. Minimizan las posibilidades de fracaso y acreditan que el hijo deseado va a nacer.

Posteriormente surge la fase de Expectativa Positiva, en la que las posibles preocupaciones disminuyen sus esperanzas. Después de un éxito en el proceso de transferencia embrionaria, la segunda etapa del ciclo FIV es imbuida con sentimientos de ansiedad y optimismo ahora un poco más controlados. Muchas mujeres describen síntomas asociados al embarazo como mareos y el compañero puede aumentar la atención a la mujer.

Tras ella puede ocurrir dos cosas o bien una fase de Desilusión porque la mujer menstrua y los sentimientos de desesperanza ó desilusión brotan; la mayoría de las mujeres describen sentimientos de fuerte angustia, llanto, deseo de quedarse sola, sentimientos de

vacío y de rabia mientras que su pareja describe sentimientos semejantes, pero con menor intensidad; o una fase de Alegría, si el embarazo se confirma, la pareja se queda en un estado de irrealidad y de alegría expectante, temiendo ahora por el éxito del embarazo. En el primero caso, las parejas normalmente intentan nuevamente un ciclo FIV, si bien ahora serán más cautelosos.

Por último, las parejas pueden pasar por la fase de Aceptación y Resolución del problema, creen que el embarazo no será posible y consideran otras formas de parentalidad. Esta fase se puede demorar varios años con los tratamientos consecutivos o puede que nunca lo vuelvan a intentar.

Aunque los problemas de infertilidad afectan significativamente la dinámica de la pareja, los lazos maritales pueden fortalecerse, debido a que se comparte la experiencia e implicación en la búsqueda de soluciones para el problema (Sá, 1997; Burt & Hendrick, 2005). Pero en la mayoría de los casos el sufrimiento emocional tiende a aumentar durante los tratamientos, por un lado por la propia naturaleza de los procedimientos técnicos y, por otro, por la duración y sucesivos fallos consecutivos (Salvatore et al., 2001).

### **3.3. - Variables Psicológicas**

Como hemos visto la infertilidad se puede asumir como una fuente de trauma emocional en las parejas. Por consiguiente, las consecuencias emocionales más frecuentemente descritas en la literatura se dividen esencialmente en tres grandes ejes: problemas en los dos elementos; en uno de los elementos; y en la dinámica de la relacional conyugal, pudiendo traducirse en manifestaciones exacerbadas de niveles estrés, ansiedad y depresión de la pareja, o de uno de los elementos de la pareja, pudiendo estos factores interferir en la dinámica relacional de la díada (Peterson et al., 2003; Nodim, 2005). Para

Salvatori et al., en 2001 y Moreira et al., en 2005, estas reacciones serán mediadas por la estructura de la personalidad, por las estrategias de afrontamiento ó de adaptación, por la preexistencia de sintomatología psicopatológica y por el soporte social de las parejas.

Los factores psicológicos de las mujeres, según Anderson et al. 2003 (en Nodim, 2005), incluyen sentimientos de frustración y de disminución de la femineidad que culminan con baja autoestima. Estas mujeres vivencian incluso distrés psicológico, disforia, decadencia de la función sexual y sentimientos de desvalorización personal. En muchos casos, este problema pasa a tener tanta importancia en sus vidas que acaban por desinteresarse de otros aspectos importantes (Anderson, 2003). Según este autor, las mujeres tienden a ser las más afectadas emocionalmente y esta tendencia se mantiene durante el tratamiento.

Los factores emocionales más identificados en el hombre se refieren a la ansiedad durante las fases de evaluación y tratamiento médico, bien porque las causas se identifican como masculinas o porque el tratamiento exige una gran colaboración de ellos. En hombres con una personalidad ansiosa, la imposición de tener relaciones sexuales en el período fértil de la mujer puede acarrear incapacidad de mantener la erección. Puede igualmente ser difícil para el hombre producir una muestra de semen para la inseminación artificial o otra técnica RM (Suaréz, 2000; Trosby & Gill, 2004).

Tanto para los hombres como para las mujeres, la autoestima está íntimamente relacionada con la capacidad/ performance sexual (Burt & Hendrick, 2005).

Los factores psicológicos que ambos miembros vivencian incluyen el aislamiento social, particularmente cuando sus amigos están ocupados en tareas parentales y organizan las actividades sociales en función de sus hijos. En un esfuerzo para evitar preguntas

dolorosas sobre la ausencia de hijos o de planes futuros para tenerlos, estas parejas, normalmente, comienzan a evitar las reuniones familiares.

El esfuerzo financiero que implican la evaluación y los tratamientos son una fuente adicional de estrés que puede provocar un reajuste de las prioridades financieras de la familia. No es raro que las parejas recurran a un crédito para costearlos, ya que muchas veces son extremadamente caros, aunque el porcentaje de éxito sea reducido. Por otro lado, las mujeres pueden postergar o abandonar su carrera profesional para hacer frente a las exigencias físicas y logísticas de los tratamientos (Burt & Hendrick, 2005).

En este sentido, el tratamiento debe acompañarse de apoyo psicológico para poder manejar la vulnerabilidad emocional inherente a este suceso de vida y, para no hacer del tratamiento un amplificador del conflicto, por la necesaria inclusión de un tercer elemento (el equipo médico) en la dinámica de la pareja (Sá, 2001; Kemeter & Fielg, 1998, en Leal & Pereira, 2005).

En los apartados siguientes pasamos a desarrollar las principales variables psicológicas del estudio que emergen en las parejas cuando buscan ayuda médica especializada, como son el estrés, las estrategias de afrontamiento y el sufrimiento emocional manifestado por depresión y ansiedad.

### **3.3.1. - El estrés: concepto**

El término estrés deriva del Latín “strictus”, que significa presión o constricción (Frasquilho, 2005) y es utilizado en la lengua inglesa desde el siglo XIV, para designar las constricciones de naturaleza física (Vaz-Serra, 1999).

Se puede definir como un estado emocional, provocado por estímulos desagradables o amenazantes, con secuelas perjudiciales para el organismo del sujeto (Hinkle, 1977; Vaz-

Serra, 1999; Ramos, 2001). En este sentido, actualmente se conceptúa como un proceso de interacción biopsicosocial, que integra aspectos concientes y voluntarios, pero también aspectos fisiológicos e involuntarios, que se ponen en marcha frente a la exposición a estímulos exigentes (Suárez, 2000; Seara, 2002; Joyce-Moniz & Barros, 2005; Frásquilho, 2005; Ribeiro, 2005). Será por tanto un suceso externo al sujeto con un proceso de respuesta, que se caracteriza por alteraciones en su normal funcionamiento.

Para Seara (2002) el estrés desencadena una serie de procesos bioquímicos, neurológicos y hormonales en el organismo humano, respondiendo adecuadamente mediante la actuación de la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo. La respuesta fisiológica se manifiesta por el aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea, por una dilatación pulmonar, por la inhibición de la función digestiva, el aumento de flujo sanguíneo en el cerebro y músculos esqueléticos. Con el sistema nervioso simpático activo se asiste a un incremento de la secreción de adrenalina y noradrenalina al torrente sanguíneo por la liberación de la médula suprarrenal (Tavares, Soares-Fortunato & Leite-Moreira, 2000; Seara, 2002). Simultáneamente, el hipotálamo estimula a la hipófisis para que secrete hormonas como la ACTH y la tiroxina y la glándula suprarrenal segrega corticoesteroides (cortisol y cortisona) que van actuar en el metabolismo, regulan los fluidos corporales y disminuyen la eficacia del sistema inmunológico (Blonna, 1996; Suárez, 2000; Tavares et al., 2000; Seara, 2002). Todos estos procesos dependen del funcionamiento complejo de nuestro organismo, que ante estímulos adversos altera su equilibrio y mediante un esfuerzo homeostático tiende a normalizar su medio interno, entre el equilibrio del sistema nervioso y el sistema endócrino (Seara, 2002).

Otro modelo de carácter psicológico, defiende que la experiencia del estrés es producto de la combinación de varios factores, como son la percepción del significado que

el sujeto le atribuye a un suceso y las respectivas estrategias de afrontamiento (tema que desarrollaremos en el siguiente capítulo) que el sujeto moviliza para manejar el estrés (Newton, Sherrard & Glavac, 1999; Suárez, 2000; Ribeiro, 2005).

La relación entre estrés y enfermedad ha sido estudiada ampliamente, sin embargo, para llegar a la noción biopsicosocial actual, tenemos que comprender la evolución del significado que el concepto fue adquiriendo a lo largo del tiempo.

Cannon (1932) en sus estudios, verificó que todos los organismos expuestos a determinados estímulos críticos desarrollaban dos tipos de reacción prototípicos: la lucha o la fuga y, en este sentido el autor es el precursor de la explicación biológica de la respuesta al estrés (in Vaz-Serra, 1999; Ramos, 2004; Frasilho, 2005). Este autor, en 1929 (Van Praag, Kloet & Van Os, 2005) aplicó el término *stress* para ilustrar las fuerzas que perturban la homeostasis del organismo y que provocan esfuerzo. Éste identificó algunos estímulos (físicos y psicológicos) que inducen a respuestas fisiológicas semejantes, que más tarde serían reconocidas como las catecolaminas (Tavares et al., 2000).

En la misma línea de pensamiento, Selye en 1956 (Tavares et al., 2000; Bennet, 2002; Seara, 2002; Ramos, 2004; Frasilho, 2005) describe las fases del proceso de respuesta al estrés en un sentido protector de la integridad del organismo que denominó Síndrome General de Adaptación, que consta de tres fases. La fase de alarma, inicialmente conducida por el sistema nervioso simpático, asume la función de activar el organismo frente a la exposición a un estímulo que podrá ser eventualmente “estresante”. La segunda fase consiste en la resistencia y consecuente adaptación del cuerpo al agente agresor, que se regula a través de factores hormonales (liberación de las hormonas adrenalina y noradrenalina) en el sentido de restablecer el equilibrio del organismo (Tavares et al., 2000; Bennet, 2002; Seara, 2002; Ramos, 2004; Frasilho, 2005; Van Praag, Kloet & Van

Os, 2005). Por último, en caso de persistencia del estrés, el organismo cede a un estado de extenuación, agotando todos los recursos del cuerpo para manejar este desgaste, generando así complicaciones en la salud y, en casos límite, la muerte (Ramos, 2004; Frasilho, 2005). De esta manera, Seyle (1936, in Van Praag, Kloet & Van Os, 2005) se puede considerar el impulsor de los trabajos sobre el estrés.

Estas perspectivas descuidan los aspectos emocionales intrínsecos a los estresantes, construyendo modelos que explican el estrés como una consecuencia de los sucesos de vida (Bennett, 2002; Ramos, 2004). Hoy en día no sólo se comienzan a identificar los sucesos de la vida considerados graves, potencialmente generadores de estrés, sino también sucesos relacionados con los cambios en el ciclo evolutivo de los sujetos (Newton et al., 1999; Seara, 2002; Ramos, 2004); se empieza a establecer una asociación entre el número de sucesos de vida y el grado de estrés, evidenciándose que su aumento es directamente proporcional al mayor riesgo de enfermedad (Holmes & Rahe, cit por Bennett, 2002; Seara, 2002).

Aunque la importancia de la identificación de determinados acontecimientos estresantes se considere por muchos un generador de situaciones de estrés, no se comprendía aún cómo los mismos sucesos pueden generar en los diversos individuos respuestas tan variadas, la explicación la propone el modelo propuesto por Lazarus, en la década de 80, que describe no sólo las emociones negativas que la situación estresante evoca, sino también las estrategias que los sujetos ponen en marcha para hacerles frente (Suárez, 2000; Bennett, 2002; Seara, 2002). Esta perspectiva más psicológica considerada por Ramos (2004) y por Newton et al. (1999) valora la sensación amenazante que los sujetos sienten frente a los estresantes; o sea, lo que será determinante en el desarrollo de problemas relacionados con el estrés tiene más que ver con el significado o evaluación que

el individuo hace de la situación y de las estrategias que pondrá en marcha para manejar la fuente de estrés que con su intensidad. Parece claro, entonces, que el estrés puede ser causado por cualquier tipo de estímulos designados como estresantes.

Según Ramos (2004) dentro de los estresantes ambientales se pueden incluir los sucesos de vida que imponen un cambio necesario para restablecer el equilibrio del organismo. El autor identifica estresantes cotidianos, relacionados con los problemas de rutina de los sujetos. Por último, y para el presente estudio el más importante, entiende a los estresantes crónicos como los no sucesos (Newton et al., 1999; Serra, 1999, Vaz-Serra, 1999), donde se pueden incluir los problemas de infertilidad, como percibir de forma involuntaria una vida sin hijos, que podrá originar una variedad enorme de problemas psicológicos.

El estrés crónico, según Newton et al. (1999) se puede entender como:

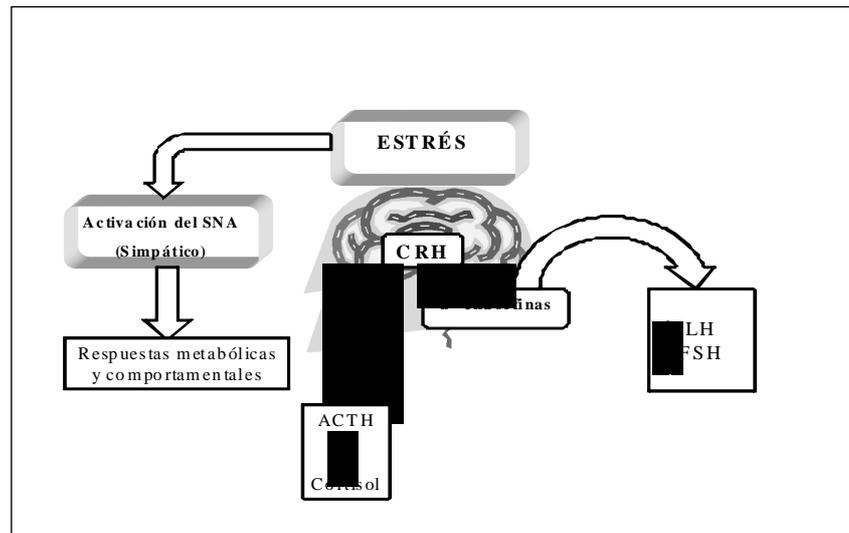
*“...el conjunto de sucesos relacionados y condiciones que persisten en el tiempo y que se perciben como amenazantes para los sujetos en sus importantes roles sociales o sus dominios”.*

El impacto del estrés en la salud y en el proceso de enfermedad ha sido ampliamente estudiado (House, 1987, in Schneider & Forthofer, 2005) y, dado que la infertilidad se considera una enfermedad, es factible la relación entre ambas variables.

A pesar de la relación que existe entre los niveles de estrés y los problemas de infertilidad, no poseemos actualmente estudios sistemáticos que comprueben la forma en que el estrés influye en el sistema reproductivo (Schneider & Forthofer, 2005), aunque, parezca evidente que un evento estresante pueda inhibir el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y como consecuencia provocar irregularidades en el ciclo menstrual, amenorrea y

también infertilidad (Moreira et al. 2005). Estudios en animales han confirmado como estresores físicos ó emocionales actúan sobre hipotálamo, alterando la secreción de factores liberadores ó inhibidores de hormonas de la hipófisis. La liberación de CRH provoca el aumento de producción da hormona adrenocorticotrofica (ACTH) que estimula la activación del sistema nervioso simpático, con la consecuente elevación de glucemia, de la presión arterial sanguínea y de la frecuencia cardíaca (Tavares et al., 2000). Esta respuesta central al estrés con la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal acciona la inhibición del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, como podemos observar en el siguiente figura nº 1 (Moreira et al. 2005).

**Fig. 1. - Evaluación del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal y Ovariano,**  
(adaptado de Moreira, Lima, Sousa y Azevedo, 2005)



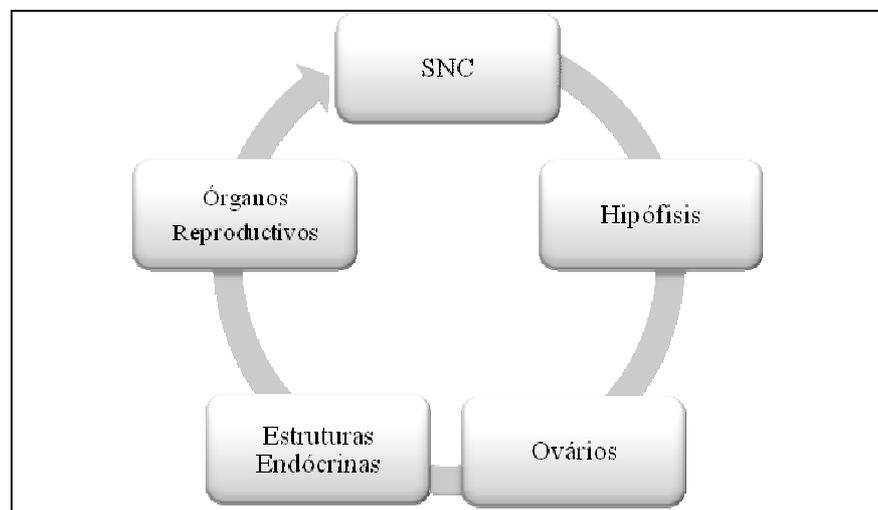
La secreción de la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH) se libera en forma de pulsos que pueden durar algunos minutos con intervalos variables de una a tres horas. Esa naturaleza pulsátil es fundamental para la estimulación adecuada da secreción de las gonadotrofinas (LH y FSH). En el hipotálamo, local de producción de GnRH recibe varios circuitos neurales del sistema límbico, principal estructura reguladora de las emociones,

que modifican la intensidad y frecuencia de los pulsos de GnRH, explicando así las alteraciones menstruales observadas en mujeres que sufren un fuerte choque emocional (Tavares et al., 2000; Moreira et al., 2005; Campagne, 2008).

El efecto del estrés en el eje Hipotálamo Hipófisis Ovario además va depender de las concentraciones de estrógenos. En su presencia, la activación del Eje hipotalámico hipofisario adrenal estimula la liberación de LH, de manera que un suceso agudo de estrés en la fase folicular del ciclo menstrual puede provocar pulsos precoces de LH, interfiriendo en la maduración del folículo y en la ovulación (Moreira et al., 2005; Campagne, 2008).

La función reproductora humana y su función ovulatoria regular implica la integridad anatómica de todas las estructuras y la sincronía entre sus acciones, como podemos observar en la siguiente figura n° 2.

**Fig. 2. - Relación entre el estrés y la infertilidad: sus complejas interacciones**



Según Moreira et al., 2005, cualquier perturbación en esta cadena sensible puede provocar una interrupción temporal de la menstruación, como puede ser un evento de estrés emocional.

A pesar de que aún no se ha conseguido establecer una relación causa-efecto

empíricamente, es consensual que la infertilidad puede generar significativo estrés psicológico, siendo a veces descrito por las parejas como el acontecimiento más estresante ó traumático de sus vidas (Moreira et al., 2005; Campagne, 2008).

Sin embargo, esta vivencia de estrés es mayor durante los tratamientos médicos, generalmente atribuidos a la naturaleza indeterminada y prolongada del proceso intermediario de la sospecha de problemas (cuando la pareja decide tener hijos) hasta la obtención del diagnóstico (Domar, 1997; 2000; Schneider & Forthofer, 2005).

De esta forma, los tratamientos contra la infertilidad tienen consecuencias en el normal funcionamiento de los sujetos, en su calidad de vida y en su bienestar emocional durante el tiempo en que permanecen involuntariamente sin hijos (Domar et al., 2000). Los sujetos se pueden sentir desgastados, aislados y vulnerables frente a la experiencia prolongada de estrés, afirmándose que los niveles de percepción del estrés varían en función de las etapas de los diferentes tratamientos (Ponjaert-Kristoffersen & Baetens, 1999; Valentine, 1996, in Schneider & Forthofer, 2005), pudiendo incluso comprometer el éxito del tratamiento (Newton et al., 1999; Campagne, 2008).

Según Ponjaert-Kristoffersen y Baetens (1999) los niveles de estrés en las parejas que se someten a tratamientos de FIV no se relacionan con fases orgánicas, como el tratamiento hormonal, los exámenes serológicos diarios, las ecografías, la muestra de semen, la recolección y transferencia de embriones, sino con el desgaste emocional de la espera inherente a la esperanza del éxito del embarazo. En un estudio que presentó Kentenich, en 1989 (Ponjaert-Kristoffersen & Baetens, 1999) hombres y mujeres afirmaban que los momentos más estresantes de todo el proceso de tratamiento se relacionaban con el resultado negativo (con el no suceso) y con los momentos de espera de los resultados. Suárez (2000) cuando se refiere los estudios de Litt (1989) afirma que todas

las mujeres después de un tratamiento fallido, sentían una gran pérdida de control.

Los niveles de estrés, en varias muestras de parejas estudiadas que buscan las técnicas de RA, se presentan inconsistentes, muchas veces debido a problemas metodológicos, como por ejemplo la no definición operacional de conceptos. En este sentido es importante diferenciar las crisis de estrés, del estrés crónico, sin embargo, la duración de los problemas de infertilidad y el modo en que ésta influye en el estrés percibido no ha sido considerado en la mayor parte de las investigaciones realizadas en esta área.

Así pues, parece importante identificar algunos factores que puedan explicar la percepción del estrés en los problemas de infertilidad (Schneider & Forthofer, 2005). Dentro de los factores psicosociales que han sido identificados con el estrés se incluyen el apoyo social y la autoestima de los sujetos (Cohen, Kessler & Gordon, 1995, en Vaz-Serra, 1999; Thoits, 1995), los sentimientos de culpa y las dificultades en la relación sexual (Newton et al., 1999). Sin embargo, la influencia de estas variables en la problemática de la infertilidad no ha sido aclarada ya que la mayoría de los estudios, se centran tan sólo en un elemento de la pareja, normalmente en la mujer, descuidando la importancia de estos aspectos en la pareja (Newton et al., 1999).

Daniels (2005) sugiere que el estrés ha sido considerado un problema psicológico en vez de un fenómeno psicosocial, olvidando frecuentemente el impacto de los factores sociales y la forma en que las parejas lo manejan, es decir, interesa entender la importancia del apoyo social percibido en la reducción de los niveles de estrés en las parejas infértiles. El secreto, la censura, la pérdida y el aislamiento inducido por la problemática de la infertilidad afectan la forma en que las parejas perciben su red de soporte social y, consecuentemente, su particular manejo del estrés (Domar, 2000; Newton et al. 1999;

Sandelowski, Holditch-Davis & Harris, 1990). Además, el apoyo social percibido no es constante a lo largo del tiempo (Jirka, Schuett & Foxall, 1996, en Newton, et al., 1999) y existen diferencias con respecto al género. Band y col. (1998, en Scheider & Forthofer, 2005) han demostrado que la búsqueda de ayuda está entre uno de los principales indicadores de los niveles de distrés en los hombres infértiles (Schneider & Forthofer, 2005).

Los niveles de estrés están normalmente elevados en las mujeres, ya que tienden a asumir la responsabilidad por el problema de fertilidad, incluso cuando la causa se desconoce (Greil, 2004). Esto podría deberse al mayor conocimiento científico a nivel biológico del aparato reproductor femenino y, en consecuencia, recae sobre las mujeres la mayor parte de los tratamientos realizados (Ponjaert-Kristoffersen & Baetens, 1999; Suárez, 2000; Hurtwitz, 1989, en Gerrity, 2001).

Para facilitar la comprensión de la problemática de la infertilidad, procedemos a integrar un modelo biopsicosocial con una perspectiva sistémica, para acceder correctamente a la forma que tienen los sujetos de relacionarse unos con otros, presentando posteriormente algunos estresantes relacionados con la vivencia de la infertilidad conyugal, considerados por los autores como más determinantes en el ajuste psicológico de estas parejas, basados en los modelos de Gerrity (2001) y Peterson, Newton y Rosen (2003).

#### **3.3.1.1. - Estresantes existenciales**

*“Los niños confieren sentido existencial, identidad, status; ellos garantizan a los padres el sentido tradicional de participación en la continuidad de la familia, de la cultura y de la raza humana”* (Meyers et al. 1995).

Los sujetos con diagnóstico de infertilidad pueden rechazar un estilo de vida sin hijos, poseyendo una visión extremadamente negativa de esta condición vital, piensan que la felicidad y la realización futura dependen de la existencia de un hijo biológico, o de más de uno (Newton et al., 1999). Así, se vuelven evidentes los sentimientos de pérdida de control sobre el futuro planteado (Suárez, 2000).

La experiencia de la infertilidad afecta significativamente los sentimientos de identidad, de autoestima y auto concepto de los sujetos. La capacidad reproductiva está asociada a creencias culturales y sociales sobre la identidad sexual y la incapacidad de concebir espontáneamente un hijo, o de llevar a buen puerto un embarazo, reduciendo los sentimientos de feminidad o masculinidad de la persona infértil (Carmeli & Birenbaum-Carmeli, 1994; Suárez, 2000; Woollett, 1985). Los sujetos diagnosticados de infertilidad se sienten frecuentemente defectuosos, no atractivos e inaceptables para los otros (Batterman, 1985; Valentine, 1986). Se verifica la pérdida de orgullo, de confianza y de optimismo (Meanning, 1977), así como se reduce la satisfacción global por la vida o en la visión del mundo (Suárez, 2000).

El sentimiento de fallo de la capacidad reproductiva despierta dudas en el individuo acerca de sus capacidades en otros roles, como otras formas de parentalidad o incluso a nivel de la relación marital (Greil et al, 2004). Se verifica, en estos sujetos, una identificación muy fuerte con el rol parental, dado que este rol se toma normalmente como el principal objetivo de sus vidas (Newton et al., 1999).

### **3.3.1.2. - Estresantes físicos y preocupaciones sociales**

Un estresante mayor de infertilidad son los diagnósticos y los respectivos tratamientos médicos, que un porcentaje de parejas infértiles opta por realizar (Blenner,

1990; 1992; Carmeli & Birenbaum-Carmeli, 1994, in Gerrity, 2001).

Se estima que 31% de las parejas infértiles busca tratamiento médico y en ellos el tipo de estrés que surge deriva de los procedimientos físicos, que se consideran extremadamente invasivos, de los costes financieros de esos tratamientos y de todo el contexto emocional que muchas veces las parejas describen como altamente dolorosos (Suárez, 2000; Forrest & Gilbert, 1992).

Normalmente es la mujer quien primero se da cuenta de que puede estar sufriendo un problema de infertilidad y, en ese sentido, busca por lo general ayuda especializada (Becker & Nachtigall, 1991; Lalos, Lalos, Jacobson & VonSchultz, 1985). La pareja debe permitir a los especialistas el acceso a su vida íntima y privada, pues en las entrevistas de evaluación se interroga a la pareja sobre sus prácticas sexuales, comportamiento sexual pasado y frecuencia de las relaciones sexuales, entre otras. Después comienzan los exámenes, el espermiograma para el hombre es físicamente indoloro, pero muchas veces está asociado a sentimientos de vergüenza, incomodidad y molestia; el análisis inicial del semen es realizado por el médico de la mujer y los resultados le son transmitidos normalmente, imponiendo un sentido de distancia entre el eventual problema y el elemento masculino (Gerrity, 2001).

Algunos estudios demuestran que los hombres se estresan más si el problema se identifica como masculino, pero aún así, en la mayor parte de los casos presentan menores niveles de estrés que las mujeres (Becker & Nachtigall, 1991).

Para las mujeres se hace difícil olvidar el problema de infertilidad cuando todos los días se controlan alteraciones fisiológicas inducidas por tratamientos (Saudellowski, Harris & Holditch-Davis, 1993). El efecto de la infertilidad es más evidente en las mujeres, ya

que la mayoría de los procedimientos de diagnóstico desarrollados inciden en ellas y no en los hombres. Los exámenes y tratamientos varían entre procedimientos indoloros hasta procedimientos desagradables, desde análisis de sangre diarios, histeroscopías y biopsias, hasta procedimientos más invasivos y dolorosos, como los quirúrgicos (Gerrity, 2001). Estos últimos, aunque relativamente seguros, pueden acarrear complicaciones en algunos casos e incluso la muerte y hacen aumentar los niveles de estrés mental y físico, pudiendo provocar depresiones post-operatorias (Lalos et al., 1985). En este sentido, la constante evocación y recuerdo que se tiene del problema de infertilidad podrá afectar la relación con los otros y, esta vulnerabilidad psíquica puede generar mayor sensibilidad frente a comentarios ajenos, como por ejemplo cuando se cuestiona el porqué tiene que someterse a tantos tratamientos, de si valdrá la pena..., entre otras cosas. La conjugación de todos estos factores puede hacer que la pareja se aleje de los demás, presentando incluso sentimientos de alienación frente a sus semejantes o familiares (Newton et al. 1999; Suárez, 2000).

### **3.3.1.3. - Estresantes emocionales**

Las consecuencias emocionales en situaciones de infertilidad se pueden manifestar a tres niveles: a nivel personal, a nivel de la pareja, o incluso en la red de apoyo social (Gerrity, 2001).

Normalmente las mujeres infértiles son las más conscientes de los aspectos reproductivos, las más atentas a los cambios súbitos de su cuerpo e igualmente las más cuidadosas en las actividades sexuales (Eisner, 1963).

Algunos estudios sugieren la existencia de diferencias a nivel del bienestar emocional de las mujeres infértiles, otros autores no encuentran diferencias, cuando son comparadas con mujeres fértiles (Gerrity, 2001).

Otros estudios (Bell, 1981; Bernstein et al. 1985; Daniluk, 1988; Eisner, 1963; Freenan et al. 1987) demuestran que tanto hombres como mujeres presentan niveles elevados de estrés cuando son comparados con la población fértil.

Los niveles de estrés que estas parejas presentan condicionan la capacidad de prever y planear el futuro, incluso en situaciones de relativa simplicidad, como la organización de la rutina diaria, o, por el contrario, en decisiones familiares más complejas, como los determinantes financieros inherentes a los costes de los tratamientos. Todos ellos provocan serias dificultades al utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas para enfrentar las situaciones de infertilidad (Gerrity, 2001).

Las reacciones emocionales incluyen la manifestación de ira o frustración, fuertes sentimientos de culpa, depresión y ansiedad (estos dos últimos los abordaremos con mayor profundidad en el siguiente capítulo). A veces, cuando se conoce el diagnóstico, al menos uno de los elementos de la pareja se siente culpable y, son estos sentimientos de culpa los que muchas veces están en la génesis de las frecuentes discusiones maritales. No obstante en estas discusiones las parejas logran verbalizar sus sentimientos de rabia y, con ello disminuye significativamente la probabilidad de desarrollar cuadros depresivos (Suárez, 2000). Las situaciones de infertilidad reactivan inseguridades pasadas y sentimientos de inferioridad que los sujetos podrían tener ya controlados, por lo menos aparentemente (Ferber, 1995; Valentine, 1986).

#### **3.3.1.4. - Estresantes de la relación**

Las situaciones de infertilidad generan con frecuencia problemas en la relación conyugal, poniendo a prueba los sentimientos de unión. Al elegirse una pareja, está frecuentemente implícita una motivación relacionada con la potencialidad de la pareja

como futuro progenitor. Los problemas de infertilidad inducen a un proceso de reevaluación de la elección de la pareja (Gerrity, 2001).

Normalmente, el elemento que posee el diagnóstico se culpa por su incapacidad de no tener hijos espontáneamente, generando sentimientos de culpa por no hacer posible la concreción de su papel como progenitor. Como consecuencia se sienten desvalorizados, considerando que están impidiendo que su pareja ejerza esa función parental (Gerrity, 2001).

Burns y Covington, en 1999 y Meyers et al., en 1995 identificaron las emociones que afectan la relación marital y que muchas veces se relacionan con la falta de habilidades de comunicación, principalmente en las temáticas relacionadas con el propio problema de fertilidad (Newton et al., 1999). Mientras que uno de los elementos podrá utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas, como la búsqueda de apoyo en el soporte social, el otro podrá utilizar la negación como estrategia, manteniendo el problema forzosamente en secreto, haciendo que sea sólo de él mismo, aumentando así los sentimientos de culpa y depresión (Gerrity, 2001).

Otras dificultades identificadas en las parejas con problemas de infertilidad, además de las mencionadas, tiene que ver con el esfuerzo financiero que se debe hacer (cuya decisión puede no ser totalmente consensuada en la pareja), lo que será un problema más en su relación conyugal (Newton et al., 1999).

Las dificultades a nivel de la relación sexual son frecuentes, debido a la transformación de las relaciones íntimas y del cambio de emociones en la pareja en momentos a veces automáticos, altamente programados, pudiendo disminuir el placer sexual e incluso condicionando la capacidad sexual del elemento masculino (conmoviendo

su autoestima sexual) y derivando en un conjunto de preocupaciones que Newton y cols. (1999) designaron como preocupaciones sexuales. En este sentido, Burns y Covington (1999) cuando compararon mujeres infértiles con las de un grupo de control (mujeres fértiles) encontraron mayor insatisfacción sexual en el primero grupo, atribuyendo su problema sexual a la infertilidad (18% de las mujeres infértiles) mientras que un 37% lo adjudicaba a la pérdida de la espontaneidad en la vida sexual.

Los problemas en la relación sexual pueden manifestarse con una disfunción del deseo, haciendo que el número de relaciones sea inferior a partir del momento del diagnóstico (Palacios & Jadresic, 2000); ó a disfunción de la fase de excitación, la cual se traduce en dificultades en la erección, eyaculación precoz, falta de lubricación vaginal y/o evitación de las relaciones sexuales (Fernandez & Urdapilleta, 1995, in Palacios & Jadresic, 2000).

La variabilidad en la respuesta de las parejas frente a problemas de infertilidad depende de la conjugación de varios factores, como el tipo de infertilidad, el método terapéutico para intentar resolverlo y, el propio rol del sujeto en la forma de afrontar la situación a nivel personal. Durante la fase de investigación, no todas las parejas sienten que la satisfacción sexual y el ajuste marital quedan afectados por los tratamientos médicos; sin embargo, en las situaciones de infertilidad idiopática se pueden tener niveles de estrés más elevados. Sin embargo, en un estudio de Daniluk, en 1988 y en otro de Link y Darling, en 1986, todas las parejas analizadas tuvieron niveles elevados de autoconfianza y buenas habilidades de comunicación. Otras investigaciones evidencian un menor ajuste marital cuando es el hombre quien posee el diagnóstico de infertilidad (Nachtigall, Becker & Wonzy, 1992).

Debido al carácter sexual que la problemática acarrea, los sujetos tienden a no hablar

del tema con sus iguales, e incluso en algunas parejas este asunto no se aborda, dificultando la resolución del problema. Esta inhibición hace que los sujetos se aíslen de los otros, aumentando la dependencia de la pareja, pudiendo aumentar los niveles de presión y estrés en la relación (Woollett, 1995). Hirsch y Hirsch (1989) presentaron un estudio en el cual las parejas mostraban disminución de la satisfacción sexual, en comparación con los que no presentaban problemas de fertilidad. Esto se debe en parte a la prescripción y automatización de actos sexuales, además de la importancia que se le da a la capacidad sexual, aumentando de este modo la presión y el estrés.

Las relaciones sexuales se pueden asumir como una obligación, dejando de ser el instante de unión de sentimientos (Atwood & Dobkin, 1992). Cuando se descubre que la mujer no está embarazada, los sacrificios del mes anterior se relativizan, haciendo que muchas parejas creen que en el próximo ciclo el esfuerzo tendrá que ser mayor y mejor. Cada ciclo, es más exigente, puede conducir al agotamiento, desgastando, de este modo, la calidad de la relación conyugal (Robinson & Stewart, 1996).

Otro estudio de Fernández y Urdapilla (1999, in Palacios & Jadresic, 2000) refieren que los problemas de infertilidad pueden desencadenar problemas ó disfunciones sexuales, debido al disminución de espontaneidad y privacidad en los métodos de diagnóstico bien como en la fase del tratamiento. Estos autores destacan también el sentimiento de obligación inherente a la programación de las relaciones sexuales, que hace en muchas parejas aumentar los niveles de estrés e el sufrimiento emocional, pudiendo consecuentemente generar dificultades ó disfunciones sexuales.

Verificamos a lo largo de este capítulo que el concepto de estrés ha sufrido modificaciones en el transcurso del tiempo y que actualmente se conceptúa en el marco de una perspectiva biopsicosocial que integra los factores biológicos, psicológicos y sociales

del individuo. Incluso, se ha verificado que el estrés relacionado con la problemática de la infertilidad posee características particulares, que deberán abordarse desde una perspectiva integradora y sistémica, pues el problema de fertilidad surge en el seno de la pareja y, por esa razón, su estudio deberá tener en cuenta esa díada única, en sus diversas dimensiones, tales como la relación que cada elemento de la pareja va estableciendo con los otros y las preocupaciones que cada uno manifiesta a nivel de la relación sexual y conyugal. El impacto del estrés en el sujeto estará igualmente mediado por la necesidad que cada sujeto tiene de ejercer el papel parental y, por último, por cómo evalúa la posibilidad de su existencia sin hijos. Estos factores, desarrollados en los trabajos de Newton et al. (1999) nos permiten acceder a un nivel de estrés global, que nos proporciona información valiosísima para delinear e identificar las estrategias de coping (afrontamiento) que los sujetos utilizan para manejar estos estresores, en el sentido de optimizar los recursos individuales de cada miembro de la pareja con problemas de infertilidad, tema que abordaremos en el capítulo siguiente.

### **3.3.2. - Las Estrategias de afrontamiento**

Cuando abordamos el estrés, es fundamental referirse al término de coping, en castellano, afrontamiento. La mayoría de autores (Ogden, 1999; Ribeiro, 2005), consideran que el estrés no es un proceso simple de estímulo-respuesta, sino que existen diversas variables intermedias o mediadoras, por ello el coping se puede definir como:

*“...las estrategias utilizadas por el ser humano para manejar los sucesos que inducen al estrés”* (Serra, 1999). Ó sea, el afrontamiento es frecuentemente definido como los esfuerzos cognitivos e comportamentales en respuesta a una amenaza (Tamres, Janicki & Helgeson, 2002).

Ribeiro (2005) opina que estas estrategias son estabilizadoras, de manera que promueven el ajuste o adaptación a la situación estresante y, engloban tanto los sucesos como sus consecuencias. Para poder considerar que las estrategias de coping funcionan de forma adaptativa todo el proceso inherente debe funcionar (Ribeiro, 2005).

La relación existente entre estrategias de coping que el sujeto pone en funcionamiento para hacer frente a las situaciones estresantes y el proceso de salud y enfermedad ha sido ampliamente investigado. Presentamos a continuación un breve cuadro que nos permite comprender la evolución del concepto de estrategias de coping, adaptado de Vaz-Serra, 1999 y Ribeiro, 2005 (Cuadro nº 3).

**Cuadro 3. - Evolución histórica del Concepto de Coping (Vaz-Serra, 1999)**

Autores	Fecha	Perspectiva	Definiciones y sus consecuencias
Adler			Relación entre coping y mecanismos de defensa:
Ana Feud	1936	<b>Inspiración</b>	Los procesos maduros o sanos del ego darían lugar a estilos sanos de
Hann	1977	<b>Psicoanalítica</b>	coping: los que no se adaptan a situaciones específicas y particulares: - estilos rígidos: fuera de la realidad; - estilos de coping: flexibles e intencionales;
Lazarus y Folkman	1984		Esfuerzos actitudinales y cognitivos que el sujeto pone en funcionamiento para manejar las exigencias internas o externas que él considera superiores a sus recursos: Se enfoca el <b>proceso</b> y la <b>importancia del medio</b> (de los estresantes específicos); Se reduce la importancia del rasgo y se refuerza la idea del proceso dinámico que se altera de acuerdo a la interacción estresante, admitiendo la existencia de diferentes estilos de coping. <b>Tipo de respuestas al estrés:</b> <i>Acomodativas</i> - formas intra psíquicas como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reevaluar la situación;</li> <li>• Ingerir medicamentos/drogas;</li> <li>• Aprender relajamiento/ejercicios físicos, etc.</li> </ul> <i>Manipulativas:</i> <b>Transaccional</b>

Evolución cronológica del concepto de coping

	<p>White 1985</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acción directa dirigida hacia el problema: alteración del contexto; alejamiento o evasión del factor estresante;</li> <li>• Búsqueda de información frente a la situación para anticipar las respuestas;</li> <li>• Inhibición de la acción.</li> </ul> <p>Modificación relativamente drástica del problema que desafía la forma usual de reacción de los sujetos, dando lugar a un comportamiento nuevo acompañado de emociones desagradables, con necesidad de adaptación.</p>
	<p>Holahan y Moos 1987</p>	<p>Factor estabilizador que promueve el restablecimiento del equilibrio frente a un estresante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo esfuerzo destinado a manejar el estrés;</li> <li>• Comportamientos actitudinales para evitar emociones negativas provocadas por los sucesos de vida;</li> <li>• Comportamientos que intentan eliminar el sufrimiento psicológico (<i>distrés</i>) provocado.</li> </ul> <p>Importancia de los <b>factores sociodemográficos</b> como la educación, el nivel socioeconómico, la personalidad y los factores contextuales, en la manera como los sujetos manejan los estresantes.</p>
	<p>Carver et al. 1989 Cramer Snyder y Dinoff 1992 Watson, David y Sues</p>	<p>Modos preferidos de coping en función de las dimensiones de la personalidad del sujeto:</p> <p>Estilos de coping (<i>dispositional</i>) estables, por eso son rasgos de la personalidad de los sujetos.</p> <p>Coping es diferente de defensas, pero ambos pueden asumir un rol importante en el proceso de adaptación;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todas las estrategias de coping son eficientes si el efecto producido es la disminución del <i>distrés</i>;</li> </ul>
	<p>Folkman y Moskowitz 2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coping tiene múltiples funciones, entre ellas la regulación del <i>distrés</i> y el manejo de los problemas que causan disturbios;</li> <li>- Coping está influenciado por la evaluación de las características del contexto de estrés y la sensación de control;</li> <li>- Influenciado por las características de la personalidad, como: optimismo, neurosis y extroversión;</li> <li>- Influenciado por los recursos sociales.</li> </ul>

Parece que, independientemente de la evolución del concepto de coping, esta construcción teórica actualmente se considera una variable intermedia entre sucesos potencialmente estresantes o adversos y su impacto o consecuencias. Si este proceso funciona, según Ribeiro (2005), podremos considerar que el proceso de coping tuvo efectos de adaptación, y puede de este modo, reducir los efectos perjudiciales en la salud física y mental de los sujetos.

Los autores que mejor caracterizaron el impacto de las estrategias de coping en los procesos de salud y enfermedad fueron Folkman y Lazarus (1980), creando para ello una escala de medida clásica (Ways of Coping), considerada como la única forma que nos permite observar los cambios o estabilidad en cada individuo, a lo largo del tiempo, intentando comprender cómo se manejan las situaciones generadoras de estrés (Vaz- Serra, 1999; Tamres, Janicki & Helgeson, 2002; Ribeiro, 2005; Joyce-Moniz & Barros, 2005). Esta escala conceptualiza las estrategias en dos tipos diferentes: por un lado, existen estrategias centradas en el problema, que actúan sobre el origen del mismo, de varias formas (con actitudes de distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social o aceptación de la responsabilidad); y por otro lado, existen estrategias de coping centradas en las emociones, que actúan esencialmente en el manejo de las consecuencias del agente estresante, pudiendo variar la respuesta entre fuga o evasión, resolviéndose/planeando el problema, o, por último, efectuándose una reevaluación positiva del mismo.

Moos y Shaefer en 1987 (en Vaz-Serra, 1999) presentaron los conceptos de destrezas de coping de acuerdo a la evaluación primaria que el sujeto elabora de la situación. Tales destrezas podrán relacionarse sobre todo con el significado del suceso, en sus aspectos prácticos o en sus emociones. Estos autores (1993) agregan incluso que los recursos son:

*“...factores personales y sociales, relativamente estables que*

*influyen en la forma como los individuos intentan manejar las vicisitudes y crisis de la vida” (Vaz- Serra, 1999, p. 371).*

En este sentido, el coping centrado en el significado tiene como objetivo comprender la crisis, en el intento de atribuirle un significado, una explicación, que posibilite la comprensión de la respuesta puesta en funcionamiento por la amenaza. Estos tipos de estrategias se dividen en varias clases, como son:

- Análisis mental y preparación lógica, que consiste en la división del problema en subunidades posibles de ser comprendidas;

- Redefinición cognitiva, que puede actuar en dos dimensiones; por un lado, aceptando la realidad, pero reestructurándola para hacerla aceptable (causando menos distrés) y, por otro lado, concibiendo respuestas de evasión o negación, que requieren la disminución del impacto de la crisis. De acuerdo con Cotton (1990), Ogden (1999) y Bennett (2002), cuando los niveles de estrés son muy elevados, este tipo de estrategias son frecuentemente más utilizadas por el sexo femenino.

La evaluación centrada en el problema se caracteriza por el intento del sujeto de afrontar la realidad de la crisis, manejando las consecuencias de índole práctico (Ribeiro, 2005). Según Vaz Serra (1999), los individuos que optan por estas estrategias establecen un plan de acción e intentan cumplirlo hasta conseguir extinguir la fuente generadora de estrés. Este tipo de estrategias, centradas en los problemas, son puestas en funcionamiento cuando los sujetos prevén algún grado de control sobre el mismo, cuando logran anticipar su resolución y cuando el nivel de estrés se percibe poco intenso y, según Cotton (1990), es normalmente más utilizado por los hombres (Vaz-Serra, 1999). A su vez, se subdividen en tres clases distintas:

- la búsqueda de información o soporte, en la que los sujetos intentan obtener el mayor número de alternativas frente al problema, anticipando sus consecuencias;
- el sujeto puede iniciar una estrategia para involucrarse en acciones de resolución de problemas, adoptando actitudes dirigidas hacia el estrés;
- o, finalmente, podrán buscarse recompensas alternativas, cambiando de actitud, creando fuentes de satisfacción nuevas, reemplazando las pérdidas resultantes de la crisis (Ribeiro, 2005). Según Mitchell, Cronkite y Moos (1983, en Ribeiro, 2005), los sujetos que más utilizan este tipo de estrategias presentan menor tendencia a la depresión.

Por último, las estrategias centradas en las emociones optimizan el manejo de los sentimientos inducidos por la percepción de la situación, para con ello intentar mantener el equilibrio afectivo. Éstas son normalmente utilizadas cuando la percepción de los niveles de estrés es muy elevada, dado que el sujeto puede desorganizarse emocionalmente (Vaz-Serra, 1999; Ogden, 1999; Bennett, 2002; Ribeiro, 2005). Pueden asumir la forma de regulación afectiva, cuando se intensifican los esfuerzos para salvaguardar sentimientos de esperanza, en el intento de controlar las fuertes emociones sentidas.

Pearlin y Schooler (1978, en Vaz-Serra, 1999) defienden que este control afectivo se destina a neutralizar la amenaza, por medio de estrategias cognitivas del tipo “podría ser peor”; a través de la evasión selectiva, como por ejemplo “esto no tiene mucha importancia” o, finalmente, postergando el afrontamiento. Otra estrategia que proponen Moos y Shaefer es la descarga emocional, con la que tienden a aliviar los sentimientos de exaltación y rabia, pudiendo hacerlo de la forma inapropiada desde el punto de vista social, si incluyen el paso a los hechos, como la ingestión desmesurada de sustancias lícitas o ilícitas o la adopción de ejercicios físicos muy intensos, o incluso recurriendo a actividades

de relajación y meditación. Todos estos esfuerzos actúan directamente sobre la emoción evocada por la situación de estrés (Vaz-Serra, 1999; Ogden, 1999; Bennett, 2002; Ribeiro, 2005). Por último, los sujetos pueden aceptar resignadamente su situación, considerándola una fatalidad o algo inevitable con lo cual deben aprender a convivir.

DeLongis y Newth (1998, en Ogden, 1999) proponen una dimensión más de este modelo, que se caracteriza por su esencia interpersonal; o sea, se incluye la forma como el individuo maneja la situación estresante, al mismo tiempo que se relaciona con otras personas; o mejor dicho, se aprecia la calidad del apoyo prestado por los otros, cuando se está pasando por una situación estresante. Las actitudes atribuibles a la recepción de un buen soporte social incluyen una respuesta acorde, evitándose los juicios de valoración, en situaciones que en sí mismas ya son generadoras de sentimientos ambivalentes.

Cuando reflexionamos sobre las situaciones de enfermedad grave, las representaciones de enfermedad en el modelo propuesto por Leventhal (1997, in Bennett, 2002) son representaciones de amenaza y, como tal, los individuos, después de atribuirle un significado a la situación, ponen en marcha estrategias de manejo, en el sentido de reducir los sentimientos negativos y controlar la enfermedad.

Folkman en 1997 (Ogden, 1999; Ribeiro, 2005) asocia los estados psicológicos positivos a factores protectores del impacto de enfermedades graves, considerando que las estrategias son más apropiadas cuando se centran en la comprensión de la situación y cuando los sujetos son capaces de encontrar aspectos positivos en los sucesos. En este sentido, la reevaluación positiva contemplará las estrategias cognitivas que permiten la reevaluación de la situación, preferentemente atribuyéndole un significado positivo a la adversidad.

A esta línea de pensamiento, Mueller, Plevak y Rummans (2001, en Ramos, 2004) le suman las estrategias relacionadas con las creencias y prácticas espirituales como formas de protegerse ante situaciones adversas: “...*la espiritualidad como un proceso de experiencia cuyas características incluyen la búsqueda de significado y propósito, importancia, lazos, valores...*”, es decir, las creencias pueden ayudar al sujeto a encontrar un sentido positivo, disminuyendo los sentimientos de culpa que podrían perjudicar aún más la situación, e incluso reducir los sentimientos de pérdida de control, asociados a situaciones que sienten como graves. Para Tamres, Janicki y Helgeson (2002) las personas tanto pueden utilizar esta estrategia de afrontamiento como centrada en el problema, ó como una forma de enfrentar el sufrimiento emocional. De esta manera, la religiosidad puede ser la fuente de apoyo instrumental ó bien de apoyo emocional.

Además, el coping centrado en el problema dirigido hacia los objetivos también se ha mostrado como un buen mediador en situaciones de enfermedades graves, puesto que los sujetos intentan mantenerse informados sobre las formas de diagnóstico y las consecuentes posibilidades de tratamiento, permitiendo la realización de un proceso de toma de decisión más consciente y responsable.

Folkman y Geer (2000, en Ramos, 2004) admiten que el “*bienestar psicológico y los procesos de coping que lo soportan son complementos importantes del núcleo tradicional de las ciencias médicas y actitudinales en los síntomas psiquiátricos*”. De este modo, el bienestar psicológico es una variable positiva que podrá amortiguar el impacto de la situación estresante en el sentimiento subjetivo de bienestar. Así pues, las estrategias de coping que los sujetos utilizan parecen ser intermediarias importantes en el sufrimiento psicológico, por la forma en que los sujetos manejan los sentimientos potencialmente perturbadores o estresantes.

Según Vaz-Serra (1988):

*“... si queremos describir el perfil psicológico del superhombre (para que este término abarque tanto al hombre como a la mujer), que se las arregla con más facilidad frente a los problemas, entonces podremos destacar las siguientes características:”*

- Siente que posee un control personal de las situaciones, buscando planear las estrategias para su resolución.
- No se muestra propenso a pedir ayuda.
- Busca el confort y una resolución activa de los problemas.
- No se abandona pasivamente a las situaciones.
- Posee buenas estrategias de control de las emociones.
- No deja que interfieran, en su rutina diaria, los sucesos que inducen al estrés.
- Manifiesta, comparativamente, una menor agresividad.
- No tiende a dejarse responsabilizar y a tener miedo a las consecuencias negativas.

De este modo, considerando que las situaciones de infertilidad son un estado médico (independientemente de su etiología) que condiciona el pasado, el presente y el futuro de las parejas y que, además, se entienden como estados crónicos e incontrolables (Jordan & Revenson, 1999; Gibson & Myers, 2000; Suárez, 2000), parece indispensable reflexionar sobre la importancia de las estrategias de coping en ellos.

Según Suárez (2000), citando a Lazarus y Folkman, parece no existir un patrón o estilo de coping ideal cuando se está frente a situaciones adversas o amenazantes y, las estrategias utilizadas serán más o menos eficaces en función de la situación en particular.

Consecuentemente, las estrategias elegidas por las parejas infértiles serán decisivas en el proceso de toma de decisiones durante todos los procedimientos médicos propuestos, promoviendo el sostén del equilibrio emocional y mejorando, en última instancia, las habilidades de comunicación de la pareja (Jordan & Reverson, 1999).

Desde este punto de vista, tiene sentido intentar identificar, frente a situaciones de infertilidad, qué tipo de estrategias ponen en funcionamiento las parejas para manejar el no-suceso, como es una vida sin hijos involuntaria. De este modo, los modelos de estrés y las estrategias de coping se han analizado en personas con problemas de infertilidad (Myers & Wark, 1996, en Ribeiro, 2005).

Para Ríos et al., (2002) los recursos individuales y de la pareja como la solidez y estabilidad de las reacciones, el nivel de comprensión de seguridad y de apoyo, y el bienestar psicológico, la inteligencia y las características de la personalidad, influyen la forma en cómo la pareja enfrenta la crisis.

Las estrategias centradas en los problemas parecen ser más eficaces durante la etapa de diagnóstico y tratamiento, porque dan lugar, como vimos anteriormente, a un proceso de toma de decisión más consciente y responsable, admitiendo que se pretende aumentar la información disponible sobre cómo manejar la situación problemática. Por el contrario, las estrategias centradas en las emociones parecen ser más importantes para atenuar las respuestas emocionales de los niveles de estrés elevados, en situaciones incontrolables, como por ejemplo el fracaso de los tratamientos (Suaréz, 2000).

Una de las estrategias de coping mencionadas en algunos estudios llevan a la evasión de todos los contextos donde existan niños, ya que harían aumentar los sentimientos de ansiedad en las parejas que buscan RA, aunque no siempre lo admitan (Ponjaert-

Krsitoffersen & Baetens, 1999). Otras revelan que evitan visitar a embarazadas y recién nacidos, porque justamente les provocan niveles de estrés elevados (Cook et al., 1989, in Ponjaert-Krsitoffersen & Baetens, 1999; Jordan & Reverson, 1999). Sentimientos de rabia, envidia e injusticia podrán presentarse en parejas infértiles, cuando se relacionan con los que tienen hijos, haciendo que se alejen socialmente, incluso cuando sienten que precisan de soporte emocional (Ponjaert-Krsitoffersen & Baetens, 1999; Guerra-Díaz, 2002). Pese a que las estrategias de evasión se puedan considerar adaptadoras en situaciones estresantes de corta duración y percibidas como incontrolables, en contextos de infertilidad no se verifica, pudiendo, de este modo, considerarse estrategias inapropiadas (Ponjaert-Krsitoffersen & Baetens, 1999; Guerra-Díaz, 2002).

La incapacidad de concebir un hijo espontáneamente, como vimos anteriormente, puede provocar sentimientos de fracaso, alterando el sentido de identidad, ya sea femenino o masculino y pueden afectar las relaciones interpersonales, como por ejemplo, la familia de origen y los amigos. Estos sentimientos pueden suscitar el alejamiento frente a los otros, que no vivencian problemas semejantes, por creer que nunca entenderán su sufrimiento (Ponjaert-Krsitoffersen & Baetens, 1999; Guerra-Díaz, 2002). En este sentido, varios estudios hacen énfasis en la importancia del apoyo social percibido por las mujeres, como estrategias adaptadoras. En el estudio de Ríos et al. (2002), la mayor capacidad adaptativa de la familia y la percepción de mayor apoyo social recibido por las parejas infértiles, se hay traducido en un menor impacto de este evento en la salud familiar, aumentando así el sentimiento de cohesión familiar y consecuentemente mejorando la comunicación entre los elementos de la pareja.

Con todo, lo que importa comprender es qué tipo de relaciones son más importantes para las parejas infértiles para poder manejar sus problemas (Gibson & Myers, 2002;

Guerra-Díaz, 2002).

En lo que se refiere a las diferencias entre géneros, algunos estudios parecen apuntar hacia una diferenciación clara entre los elementos de las parejas (Gibson & Myers, 2000), con respecto a las estrategias a las que recurren, frente al mismo suceso estresante (o, en este caso, relacionado al no-suceso). Se sugiere que las estrategias centradas en las emociones son habitualmente más utilizadas por las mujeres, por ejemplo expresando el sufrimiento emocional vivido, buscando apoyo social, evitando o evadiendo el problema, o con estrategias de distracción destinadas a reducir la tensión provocada por el agente estresante (Jordan & Reverson, 1999; Leal & Pereira, 2005). Éstas revelan que viven la relación marital con mayores dificultades, incluyendo dificultades a nivel de las relaciones sexuales (Daniluk, 1997 cit por Gibson & Myers, 2000).

Por el contrario, vemos en los hombres que los recursos se orientan más hacia la búsqueda de resolución centrada en los problemas, distinción ésta que ya fue subrayada en la población fértil (Jordan & Reverson, 1999; Leal & Pereira, 2005). Los hombres, según Gibson y Myers (2000), indican que sienten el mismo sufrimiento emocional que las mujeres, pero varían en lo referente a intensidad y duración.

Sin embargo, algunas investigaciones han demostrado la ineficacia de ambas estrategias, cuando se enfrentan con problemas relacionados a la infertilidad. Cuando, por un lado, las mujeres recurren demasiado a las estrategias centradas en las emociones, puede estar relacionado con la vivencia de un sufrimiento emocional mayor, debido al aumento de las reacciones depresivas o ansiosas (Leal & Pereira, 2005). Por otro lado, los valores elevados de sufrimiento emocional parecen conducir a estrategias de evasión, a la búsqueda de apoyo en los otros y a una necesidad mayor de reevaluar la situación, teniendo en cuenta la necesidad de reemplazar las estrategias de coping frente a la cronicidad del

proceso cíclico de tratamiento médico.

Además, las mujeres normalmente se involucran más en el proceso de infertilidad que los hombres, ya que los procedimientos médicos se centran más en ellas, y todas las señales que recuerdan el problema (como por ejemplo la menstruación) recaen en ellas (Gibson & Myers, 2000).

En un estudio de Stanton, Tennen, Affleck y Mendola (1992) examinando las estrategias de coping de las parejas infértiles (Tamres, Janicki & Helgeson, 2002), los hombres presentaban una mayor tendencia para el uso de estrategias centradas en los problemas y el aislamiento, mientras que las mujeres tendían a procurar más apoyo social y a utilizar más estrategias de evasión.

Concluyendo, nos parece que la adopción de estrategias de coping apropiadas deberá incluir la perspectiva del nivel de estrés asociado a la vivencia de la infertilidad en el seno de la pareja y, que esas estrategias tendrán un importante efecto amortiguador de los niveles de sufrimiento psicológico manifestados y consecuente adaptación sana a este suceso de la vida. Este entendimiento deberá tener en cuenta las características interindividuales e interpersonales de la díada, además de los aspectos relacionados: el tiempo del diagnóstico, la fase del tratamiento en la cual los sujetos se encuentran y los tratamientos realizados previamente. Todos estos factores conjugados tendrán un impacto en los niveles de sufrimiento emocional, por ejemplo sentimientos depresivos y de ansiedad, como profundizaremos en el próximo capítulo.

### **3.3.3. - Ansiedad y depresión**

Tal como hemos venido subrayando a lo largo de este trabajo, las características inherentes a una condición médica, como la infertilidad, son consensualmente

considerados una situación de vida estresante, y ponen a prueba los límites de los sujetos (Matsubayashi et al., 2004).

Si las parejas infértiles están expuestas a una situación estresante, sintiéndose muchas veces incómodas socialmente (Hardy & Makuch, 2002), admitimos que algunas sean capaces de poner en acción estrategias de coping adecuadas y en consecuencia vivenciar menos sufrimiento emocional. Pero, para muchos otros este proceso no es del todo natural, pudiendo manifestarse algún tipo de alteración o desequilibrio que afecta su salud mental. De esta forma, a lo largo de este capítulo, describiremos las manifestaciones psicopatológicas más señaladas en la literatura por estar relacionadas a situaciones de infertilidad vividas por las parejas, como por ejemplo la ansiedad y la depresión. Ansiedad debido a la esencia estresante de los tratamientos médicos y las dudas que despiertan los posibles fracasos; y depresión debido a la incapacidad de concebir espontáneamente un hijo (Matsubayashi et al., 2004).

En este sentido, la ansiedad se podrá manifestarse de varias formas:

*...puede ser experimentada como un sentimiento inexplicable de desgracia inminente, como preocupaciones injustificadas sobre cualquier suceso, ó como un miedo irracional de un evento, actividad u objeto (Kaplan & Sadock, 1999, p.1300).*

Vallejo (1998) propone que los trastornos de ansiedad se incluyen en las alteraciones de angustia, que emergen en los sujetos frente a situaciones amenazantes de su integridad física o emocional. La distinción entre la normalidad y la psicopatología de este sentimiento está en que, en la primera situación la intensidad de la respuesta a la angustia equivale proporcionalmente al estímulo, mientras que en la patología:

*“Es anacrónica, pues lleva a revivir situaciones pasadas; es*

*fantasmagórica, pues su génesis no es el mundo real, sino la representación imaginaria de un conflicto inconsciente; es estereotipada o repetitiva por cuanto está afincada en el carácter del sujeto” (Vallejo, 1998, p. 383).*

De este modo, el autor propone que la esencia de estos trastornos se puede considerar normal cuando se refiere a una situación amenazante que provoca miedo. Pasa a ser patológica, asumiendo la forma *primaria*, cuando es reactiva, estimulando consecutivamente una reacción neurótica de angustia; o *nuclear*, generando las perturbaciones de angustia que se caracterizan por crisis de angustia y ansiedad generalizada. Puede incluso asumir la forma *secundaria*, manifestándose con depresión, psicosis, neurosis obsesivas o enfermedades orgánicas.

Históricamente, Freud (1926/1968, en Silva, 2003; Vallejo, 1998; Kaplan & Sadock, 1999) conceptuó la ansiedad desde una perspectiva funcional, haciendo distinción entre ansiedad objetiva y ansiedad neurótica. La primera se caracteriza por la presencia o anticipación del sujeto de un peligro inminente y real. En la ansiedad objetiva se pone en acción el sistema nervioso autónomo, siendo éste responsable de la fuga, la evasión o el afrontamiento del peligro. En este sentido, la activación del organismo es claramente adaptadora y funcional.

Por el contrario, en la ansiedad neurótica el peligro no es real y surge a partir del resentimiento de las pulsiones cuya satisfacción fue reprimida, quedando de este modo asociadas a un peligro. Cuando el sujeto intenta eliminar las sensaciones desagradables que siente, recurre al mecanismo de defensa, resentimiento. Sin embargo, como ésta no es una defensa definitiva, el regreso de lo resentido puede asumir la forma de ansiedad neurótica siempre que el sujeto se sienta amenazado.

Esta clasificación que incluye en el mismo apartado los aspectos neuróticos de la

angustia y la ansiedad, se expone en los trabajos de Klein (in Vallejo, 1998) y asume mayor evidencia en los DSM-III de la década del 80, cuando el término neurosis desaparece y los trastornos se subdividen en: angustia (trastorno de pánico) y trastorno por ansiedad generalizada. En 1995 se asiste a una reclasificación de estos trastornos, caracterizada por una mayor especificidad de las sintomatologías. Éstos se subdividen en agorafobia, ataques de pánico, trastorno de pánico sin agorafobia, agorafobia sin historia de crisis de pánico, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés post traumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a una condición médica general, trastorno de ansiedad inducido por una sustancia y, finalmente, trastorno de ansiedad sin otra especificación (DSM-IV, 1995).

La ansiedad generalizada será el trastorno al que daremos mayor atención, teniendo en cuenta las características que se podrán manifestar con mayor frecuencia en las situaciones de infertilidad. Ésta consiste en una preocupación excesiva que ocurre casi diariamente por un lapso no menor de 6 meses. El sujeto considera particularmente difícil controlar su preocupación y va acompañado al menos de tres síntomas, siguientes: inquietud, fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular, opresión a nivel torácico, dolores leves, cefaleas, alteraciones del sueño, náuseas, sudoración intensa, entre otros (DSM-IV, 1995; Rodrigues & Gonçalves, 1997; Kaplan & Sadock, 1999).

Conviene incluso señalar la distinción entre ansiedad estado-rasgo, inicialmente propuesta por Spielberger (1996, en Silva, 2003) en sus estudios sobre ansiedad. Ésta se considera un estado cuando surgen sentimientos subjetivos de tensión, inquietud, nerviosismo y preocupación, con la activación del sistema nervioso autónomo para

manejar una situación clasificada como amenazante. Al contrario, ansiedad rasgo se define por las características estables del sujeto en tender a percibir las situaciones estresantes como amenazantes, reaccionando habitualmente con elevación del estado de ansiedad.

Con respecto a los trastornos afectivos ó del humor, Kaplan y Sadock (1999), consideran que constituyen un grupo de signos y síntomas que son mantenidos a lo largo del tiempo y, que representan un aislamiento significativo del funcionamiento habitual del individuo.

Según Vallejo (1998), las primeras descripciones de la concepción de los estados melancólicos que caracterizan a los estados depresivos se remontan a las descripciones de Hipócrates. Pero,

*“... en el largo periplo de la historia que transcurre hasta Kraeplin se fueran desgajando del tronco de la melancolía hipocrática varios y heterogéneos trastornos, como la confusión mental, las futuras neurosis obsesivas, el estupor catatónico, los delirios crónicos de persecución, etc., hasta llegar a dejar perfilada la PMD hoy más conocida como trastorno bipolar (Vallejo, 1998, p. 508).*

Clínicamente, los estados depresivos tienen en común sentimientos de tristeza vital y profunda que se involucran en todas las áreas del funcionamiento relacional del sujeto (inter e intrapersonal).

Se considera que el eje afectivo de los deprimidos se reparte en cinco temáticas principales: afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos, como podemos verificar en la figura 4 que exhibimos a continuación, adaptada de Vallejo, p. 516.

Según la OMS (WHO, 2000; 2002; 2006) el predominio de los trastornos depresivos

y ansiosos en la población en general es superior en las mujeres. Así, se considera que el género determina un poder y un control diferencial entre las mujeres y los hombres sobre las determinaciones socioeconómicas de sus vidas y respectiva salud mental (WHO, 2006). Las diferencias entre géneros se manifiestan, de igual modo, en los patrones de búsqueda de ayuda profesional para sus alteraciones mentales.

**Cuadro 4. - Clínica de la depresión** (adaptado de Vallejo, 1998)

<b>Afectividad</b>	<b>Pensamiento-cognición</b>	<b>Conducta</b>	<b>Rítmicos biológicos (Melancolías)</b>	<b>Trastornos somáticos</b>
Tristeza. Anhedonía	Enlentecimiento (melancolía)	Abandono personal	Inicio en primavera/ otoño	Anorexia. Pérdida de peso
Apatía. Indiferencia	Monotemático. Negativo	Hipotonía general	Mejoría vespertina	Insomnio/hipersomnias
Ansiedad. Irritabilidad (depresiones tardías y neuroticas)	Pérdida de autoestima	Inhibición /agitación (melancolías)	Despertar precoz	Trastornos digestivos. Estreñimiento
Anhedonía total (melancolías) o parcial (distimias)	Desesperanza. Ideas de suicidio	Aislamiento. Llanto Intentos de suicidio		Algias. Astenia. Disfunciones sexuales
Anestesia afectiva (15%)	Ideas (delirantes) de culpa, ruina e hipocondría (melancolía)			
	Déficit de concentración- atención			

Las mujeres son más propensas a buscar ayuda profesional (Hardy & Makuch, 2002) en los servicios de atención primaria, mientras que los hombres tienden a buscar ayuda directamente en los centros especializados de salud mental. Cabe destacar que los hombres tienden a recurrir al abuso de sustancias, como el alcohol, para poder manejar su problema, mientras que las mujeres buscan más ayuda en el médico de familia.

Se observa que los estereotipos asociados a estos factores refuerzan la estigmatización social implícita en la problemática referida y terminan condicionando el comportamiento de los sujetos. Los síntomas depresivos, ansiosos y somáticos, como también los niveles elevados de comorbilidad están asociados a factores de riesgo, por ejemplo los roles sociales de cada género, los estresantes y los sucesos de vida negativos (WHO, 2006).

La interacción entre los factores biológicos relacionados con el género y la vulnerabilidad social asumen un papel importante en la explicación del predominio de los trastornos depresivos y ansiosos en las mujeres. Las alteraciones de humor asociadas a las alteraciones hormonales a lo largo de su ciclo reproductivo pueden aclarar parte de ello (WHO, 2002).

Algunos estudios realizados por la OMS describen que los problemas de infertilidad pueden aumentar el riesgo de síndromes afectivos o ansiosos, con mayor incidencia en la población femenina (WHO, 2002; Hardy & Makuch, 2002).

Estos resultados aparecen descritos en investigaciones del mundo occidental, y en otros países, como Irán, Corea, Taiwán y Japón (Matsubayashi et al., 2004). Aunque todavía no se ha llegado a un consenso empírico explicativo de este fenómeno, hay estudios que muestran la existencia de una relación entre los niveles de percepción del estrés relacionados a la vivencia de la infertilidad y la manifestación de cuadros ansiosos y depresivos (Matsubayashi et al., 2004), alteraciones cognitivas, baja autoestima, sentimientos de culpa, desesperanza y hostilidad (Palacios & Jadresic, 2000; Hardy & Makuch, 2002; Wright, Duchesne, Sabourin, Bissonnette, Benoit & Girard, 1991, in Leal & Pereira, 2005).

Comprobando esta evidencia, Matsubayashi et al. (2004) encuentran que una peor adaptación a la situación de infertilidad aumenta los niveles de ansiedad y depresión de los sujetos. En este sentido, Peterson, Newton y Rosen (2003), en sus estudios, hallan que la congruencia entre niveles de estrés sentidos por las parejas, en las dimensiones de las preocupaciones sexuales, preocupaciones sociales y de relación conyugal, está relacionado con niveles de depresión más elevados en las mujeres. Sin embargo, en la población japonesa este aumento de la sintomatología ansiosa y depresiva en las mujeres infértiles parece estar relacionado con el bajo apoyo social prestado por sus parejas.

Ramezazadeh et al. (2004), en estudios realizados en población de mujeres infértiles iraníes, informan que la duración del diagnóstico de infertilidad es proporcional a los niveles de estrés vividos por la pareja, notándose picos más elevados de depresión al 3<sup>er</sup> año del diagnóstico, verificándose que, pasados esos tres años, los valores disminuyen. Durante estos primeros años, las parejas que buscan ayuda especializada para concebir lo vivencian con cierto optimismo (Boivin & Takefman, 1996, in Ponjaert-kristoffersen & Baetens, 1999), debido a la expectativa de éxito del tratamiento. Pasados estos años, los sentimientos predominantes pasan a ser de desesperación, justificándose así el aumento de la respuesta depresiva en esta fase. Se asiste, también, a una alteración actitudinal, que puede seguir dos vías divergentes: o la pareja se separa o deciden adoptar un niño. Los autores de este estudio indican que el 40,8% de las mujeres infértiles presentaban niveles significativos de depresión y el 86,8% de ansiedad. Se constató también que el aumento del nivel educativo de las mujeres infértiles analizadas era directamente proporcional a la manifestación de ansiedad e inversamente proporcional a los niveles de depresión. Los autores concluyen, que la ansiedad y la depresión aumentan con el tiempo en que las parejas continúan sin hijos y la severidad de la depresión va aumentando a medida que hay

más fracasos en los tratamientos.

Otro estudio de Oddens, Tonkelaar y Nieuwentuyse (1999) comparó 281 mujeres infértiles que habían iniciado el tratamiento FIV, con un grupo control (289 mujeres fértiles) y constató que el porcentaje de síntomas depresivos en las mujeres infértiles fue del 24,9% en comparación con el 6,8% del grupo de control. Además entre las infértiles, los síntomas depresivos eran más frecuentes en las que habían sido sometidas a FIV anterior (33,3%) que las que se sometían a este tratamiento por primera vez (21,1%).

Sin embargo, en los estudios anteriores no se investigaba a la pareja. En este sentido, Ponjaert-kristoffersen y Baetens (1999) afirman que durante las entrevistas efectuadas a las parejas que asisten a clínicas de RA, los dos elementos comunican vivenciarlo con sentimientos de nerviosismo (Edelmann & Connolly, 2000), pero cuando se les aplica instrumentos de medida estándar, como por ejemplo el STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*), se verifica la ausencia de diferencias de puntuaciones con respecto a la población general. Algunas mujeres en lista de espera para tratamientos FIV manifiestan, incluso, menos indicadores de ansiedad estado y rasgo que las del grupo de referencia (Shaw et al., 1988, in Ponjaert-kristoffersen & Baetens, 1999). Ya que la ansiedad estado se define como una reacción a una situación estresante, sería de esperar que la condición de infertilidad aumentase esta respuesta, especialmente en las parejas que buscan tratamiento médico. Tal hecho se debe a la resistencia por parte de estas parejas a admitir dichos sentimientos por miedo a que les alejen de los tratamientos médicos, sobre todo en los centros hospitalarios públicos, donde las condiciones de los programas son cada vez más exigentes y las parejas pueden estar hasta tres años en lista de espera (Haseltine et al., 1985, in Ponjaert-kristoffersen & Baetens, 1999). Ésta puede ser una de las explicaciones para la incongruencia de los resultados de las investigaciones, ya que parece que las

pacientes que se someten a tratamientos RA tienden a dar respuestas deseables socialmente, aunque se estén más ansiosos que la población general. Parece existir una tendencia en los hombres (incluso en la población general) a negar síntomas psicopatológicos, principalmente en lo que concierne a los exámenes de evaluación basados en auto informe (Edelmann & Connolly, 2000).

Además, como vimos anteriormente, en los primeros tres años de diagnóstico la pareja está sumergida en sentimientos optimistas, creyendo que van a concebir un hijo durante el tratamiento, pudiendo, de este modo, reducir su percepción del estrés.

En esta misma línea de pensamiento, los trabajos de Edelmann y Connolly (2000) refuerzan la ausencia de consenso en los estudios realizados en población infértil, cuestionando las diferencias de género. Esta ausencia de diferencias significativas entre los elementos de la pareja puede estar reflejando los cambios sociales relacionados con los roles tradicionales de mujeres y hombres. Tradicionalmente el rol de la mujer era ser madre, pero a partir de la década del 70, con la introducción de métodos anticonceptivos eficaces, las mujeres cobraron poder sobre su capacidad reproductiva, siendo posible tener opciones, elegir el momento del embarazo, etc. (Faria, 2001; Hardy & Makuch, 2002; Leal & Pereira, 2005).

Por esta razón, la decisión de tener un hijo ya no parece ser actualmente una decisión de la mujer, sino una decisión encuadrada en el proyecto de vida de una pareja, supuestamente preparada para asumir la parentalidad. En este sentido, la ausencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres a nivel de las consecuencias emocionales frente a la infertilidad puede explicarse, también, gracias a este cambio social, surgiendo el concepto de congruencia conyugal desarrollado por McCubbin (1993, in Peterson, Newton & Rosen, 2003). Éste autor pregona una noción de acuerdo o

conformidad entre la pareja, en lo que se refiere al significado del estrés y su aparición en función de la severidad del elemento estresante. Los valores elevados de congruencia, entre las parejas, sobre la percepción de los niveles de estrés están normalmente asociados a formas más apropiadas de adaptación. Leiblum, Kemmann y Lane (1987, in Leal & Pereira, 2005) afirman que la experiencia de infertilidad en algunas parejas promueve su acercamiento, mejorando las habilidades comunicativas, cada elemento se sentía más sensible y consecuentemente mejoraban globalmente la satisfacción marital.

Edelmann y Connolly (2000) también critican los estudios que indican diferencias significativas entre géneros, sobre todo a nivel metodológico, como por ejemplo no contemplar que las diferencias encontradas pueden ser debidas a los efectos secundarios de los tratamientos médicos (como las variaciones de humor ocurridas durante la fase de estimulación hormonal).

Además, es cierto que los estilos de afrontamiento adoptados por los sujetos difieren entre hombres y mujeres y, por esta razón, podremos tener hombres que se refugian en el abuso de sustancias y mujeres que presentan niveles de depresión significativos. Pero la tendencia de las mujeres a ser más expresivas también se verifica en la población fértil; o sea, como vimos anteriormente (WHO, 2002) las mujeres tienden normalmente a presentar valores más elevados de ansiedad y depresión, por lo que los resultados de las investigaciones en esta población deben tener en cuenta esta variable.

Esto no significa que los tratamientos médicos no sean emocionalmente exigentes. Con todo, no parece claro que las mujeres vivencien valores de distrés emocional más elevados que sus parejas durante los tratamientos, pudiendo, sin embargo, atribuir significados diferentes al estrés relacionado con la infertilidad y recurrir a estrategias de coping diferentes (Leal & Pereira, 2005) pero que en términos globales pueden no ser

suficientes para provocar respuestas emocionales tan diferenciadas.

Lo que parece claro en casi todas las investigaciones es que los momentos considerados como más ansiogénicos y depresivos por las parejas son los de la espera de resultados y posteriormente el fracaso de un tratamiento (Hardy & Makuch, 2002; Boivin & Takefman, 1995, in Leal & Pereira, 2005).

En este sentido, Newton, Hearn y Yuzpe (1990, in Suárez, 2000, p. 129) encontraron que:

*“tanto los hombres como las mujeres mostraban un aumento significativo de los síntomas de ansiedad y depresión después de un tratamiento fallido de fertilización in Vitro (FIV), siendo los efectos más pronunciados en las mujeres”.*

Boivin y Takefman (1995, in Leal & Pereira, 2005) llegaron a resultados semejantes, considerando que el cúmulo de fracasos influye en el grado de alteración emocional de los sujetos.

Frente a lo expuesto, podemos concluir que la manifestación emocional a un diagnóstico de infertilidad, debido a sus características estresantes, inesperadas y de larga duración, puede presentarse de forma diferenciada tanto en los hombres como en las mujeres. Aunque tradicionalmente se considera que las mujeres vivencian mayores niveles de sufrimiento psicológico, con exacerbación de los niveles de ansiedad y depresión, esta asociación no se ha demostrado en las investigaciones recientes, siendo necesario realizar más estudios de carácter longitudinal, para poder evaluar adecuadamente el impacto real que este diagnóstico provoca en los sujetos para implementar programas de intervención más coherentes a sus verdaderas necesidades.

### **3.4. - Teorías explicativas de la infertilidad**

Desde la perspectiva de la medicina psicosomática existe una controversia en cuanto a la identificación del origen de los problemas de infertilidad, si son los factores psicológicos los que causan los problemas, o si por el contrario las cuestiones relacionadas con la infertilidad son las que causan el sufrimiento psicológico (Wischmann, 2003).

El Modelo del Filtro Reproductivo propuesto por Wasser y Isenberg en 1986 (Leal & Pereira, 2005), admite la existencia de un fallo reproductivo que funciona como una adaptación del organismo a las condiciones desfavorables del medioambiente. En este sentido, la infertilidad no sería más que una adaptación en la evolución de las especies. Este filtro podrá identificarse asociándolo a mecanismos endocrinológicos y neuronales, con respuestas de tipo inmunológico, o a cada uno de estos elementos conjugados con algunos factores ambientales, como una alimentación desequilibrada o el estrés. En los mecanismos fisiológicos, los autores apuntan a la identificación del filtro en la mujer siempre que esté sujeta a malas condiciones reproductivas.

Los factores de estrés actuarían, según esta perspectiva, en todos los estadios de reproducción ligándose a algunos aspectos que podrían reforzar un cuidado impropio del futuro niño, como por ejemplo: ausencia del deseo maternal o miedo a la maternidad; falta de apoyo social; utilización de estrategias de afrontamiento inadecuadas, o por último la baja autoestima (Leal & Pereira, 2005). Tratar la causa subyacente al síntoma de infertilidad, de acuerdo a este modelo, tiene extrema importancia, es decir, tener en cuenta los aspectos psicológicos en el tratamiento médico.

Singh y Neki, en 1982 (en Leal, 1990), identifican algunos factores psicógenos como intervinientes o causantes de los fallos reproductivos, como disfunciones del hipotálamo,

con la supresión de la ovulación; el espasmo tubárico; la disminución de la fertilidad de los óvulos, la amenorrea, o dificultades de implantación del embrión. Se identifican, incluso, casos con ovulación regular pero anormal, deficiencias en la fase lutea, espasmos tubáricos, vasoconstricciones abdominales, interacciones anormales esperma-mucosa de base inmunológica, patrones anormales en el crecimiento folicular, formación del cuerpo amarillo, o anticuerpos, antiesperma, entre otros. El proceso de retroacción continua entre lo biológico y lo psicológico y estaría mediado por el estrés, cualquier intento de comprensión de los fenómenos de infertilidad debería tener en cuenta estos dos aspectos. Otra perspectiva de investigación en esta área se relaciona con la identificación de las consecuencias en el funcionamiento psicológico de los sujetos y aquí encontramos varios modelos explicativos:

a.- El Modelo de Infertilidad Psicógena defiende la existencia de características de personalidad o psicopatología que pueden contribuir a la existencia de problemas de fertilidad (Berg & Wilson, cit por Leal & Pereira, 2005). Estos estudios de orientación psicoanalítica, durante la primera mitad del siglo XX, atribuyeron un gran porcentaje de casos de infertilidad inexplicada a un origen psicológico. Se encontraba en las mujeres evaluadas la presencia de conflictos intrapsíquicos, e inconscientes, ó rasgos neuróticos de la personalidad. No obstante, no hay evidencia empírica que sustente estos resultados y, además actualmente por el desarrollo de la biotecnología, cada vez se clasifica menos la infertilidad de causa desconocida (Palácios & Jadresic, 2000).

b.- El Modelo Psicósomático admite que la alteración emocional es una consecuencia más de la infertilidad y tan sólo dos condiciones psiquiátricas están en la génesis de la infertilidad: la anorexia nerviosa, que produce una alteración hormonal importante, que inhibe la ovulación, y las disfunciones sexuales, como la eyaculación precoz, la disfunción

eréctil y el vaginismo, los cuales imposibilitan la consumación de la relación sexual (Palacios & Jadresic, 2000).

c.- El Modelo de las Secuelas de la Infertilidad admite la existencia de emociones negativas de rabia, frustración, baja autoestima, ansiedad, depresión, estrés y desajuste conyugal y relacional, no pudiendo correlacionarse ninguno de estos aspectos con la psicopatología (Leal & Pereira, 2005). En la mayor parte de estos estudios, las mujeres infértiles presentan tendencias depresivas y ansiosas superiores a las normales y, también más quejas físicas, sin embargo éstos no son clínicamente significativos (Wischmann, 2003). Al no disponer de estudios prospectivos de la personalidad de las mujeres y hombres previos al diagnóstico de infertilidad, ni tampoco posteriores al deseo de tener un hijo, se hace reduccionista todo intento de explicar este fenómeno sin considerar la sintomatología como consecuencia del diagnóstico médico, de la terapia o de ambos. Del mismo modo, las tendencias depresivas en las mujeres parecen aumentar con la duración del tratamiento de infertilidad. En las mujeres que persiste la imposibilidad de tener hijos y que se someten a psicoterapia mejoran los niveles de bienestar. Datos referentes al impacto del diagnóstico de infertilidad en los varones sugieren que, sólo en los casos identificados como problemas androgénicos, los hombres se describen como ansiosos e inseguros (Wischmann, 2003).

Los estudios sistemáticos parecen demostrar que la existencia de psicopatología por sí sola no causa infertilidad (incluso encontramos muchas mujeres con trastornos psíquicos que quedan embarazadas con relativa facilidad), sosteniendo de este modo el Modelo de las Consecuencias Psicológicas (Wischmann, 2003).

d.- Otro modelo propuesto para la comprensión de esta problemática surge de una adaptación del Modelo de Duelo usado en pacientes en fase terminal, y se designa como

Modelo de Crisis de Vida, dado que la infertilidad se considera un suceso de vida negativo (Palacios & Jadresic, 2000; Gerrity, 2001). Por crisis de vida se entiende la ocurrencia de una situación inesperada que afecta de forma negativa al sujeto. Esta crisis pueden deberse a la falta de una etapa del desarrollo en el ciclo de vida del sujeto, como puede ser la parentalidad, asumiendo la forma de un no-suceso (Schollossberg, Waters & Goodman, 1995, en Vaz-Serra, 1999), impidiendo la realización personal y surgiendo un sentimiento de incumplimiento de un papel social. Esta crisis vital, para Palacios y Jadresic (2000), es multifactorial y se reviste de un gran desgaste emocional dado su naturaleza cíclica entre la esperanza en el tratamiento de RA y el respectivo fracaso, cuyo impacto psicológico esta también asociado al elevado costo económico, al proceso muchas veces doloroso e invasivo, además de la intromisión en la privacidad sexual de la pareja.

En este modelo el foco de intervención y estudio se basa en las secuencias de la vivencia de la infertilidad, intentando comprender e identificar las estrategias de afrontamiento más apropiadas frente al estrés provocado por este suceso (Donnis, 1984; Menning, 1977, en Gerrity, 2001). Estos autores sugieren que la mayor parte de las parejas que presentan problemas de infertilidad son emocionalmente sanas y, que la infertilidad se debe a una condición médica, aún cuando no esté clínicamente identificada, como en los casos de infertilidad idiopática. En este sentido, la situación de infertilidad hace aumentar la respuesta ansiosa y depresiva de los sujetos, que a su vez afectan negativamente a las estrategias de afrontamiento adoptadas por ellos (O'Moore, O'Moore, Harrison, Murphy & Carruthers, 1983). Sin embargo, estas respuestas de los sujetos dependen del tipo de personalidad, de sus estilos habituales de estrategias de coping e incluso de las motivaciones asociadas al deseo de tener un hijo (Rosenthal, 1998).

Aunque este consensuado que el efecto de las consecuencias de la infertilidad se

adapta al modelo de estrés y a las estrategias de afrontamiento adoptadas, todo estudio en esta área debería seguir el Modelo Biopsicosocial, analizando las consecuencias en todas las áreas de vida e, incluyendo activamente el estudio del varón, o sea, considerando la problemática asociada a la infertilidad a nivel de la pareja, una vez que su capacidad de planeamiento del futuro queda comprometida (Andrews, 1984; Forrest & Gilbert, 1992), del mismo modo este suceso tendrá un efecto intergeneracional en los padres, afectando igualmente la vida familiar y relacional (Burns & Covington, 1999).

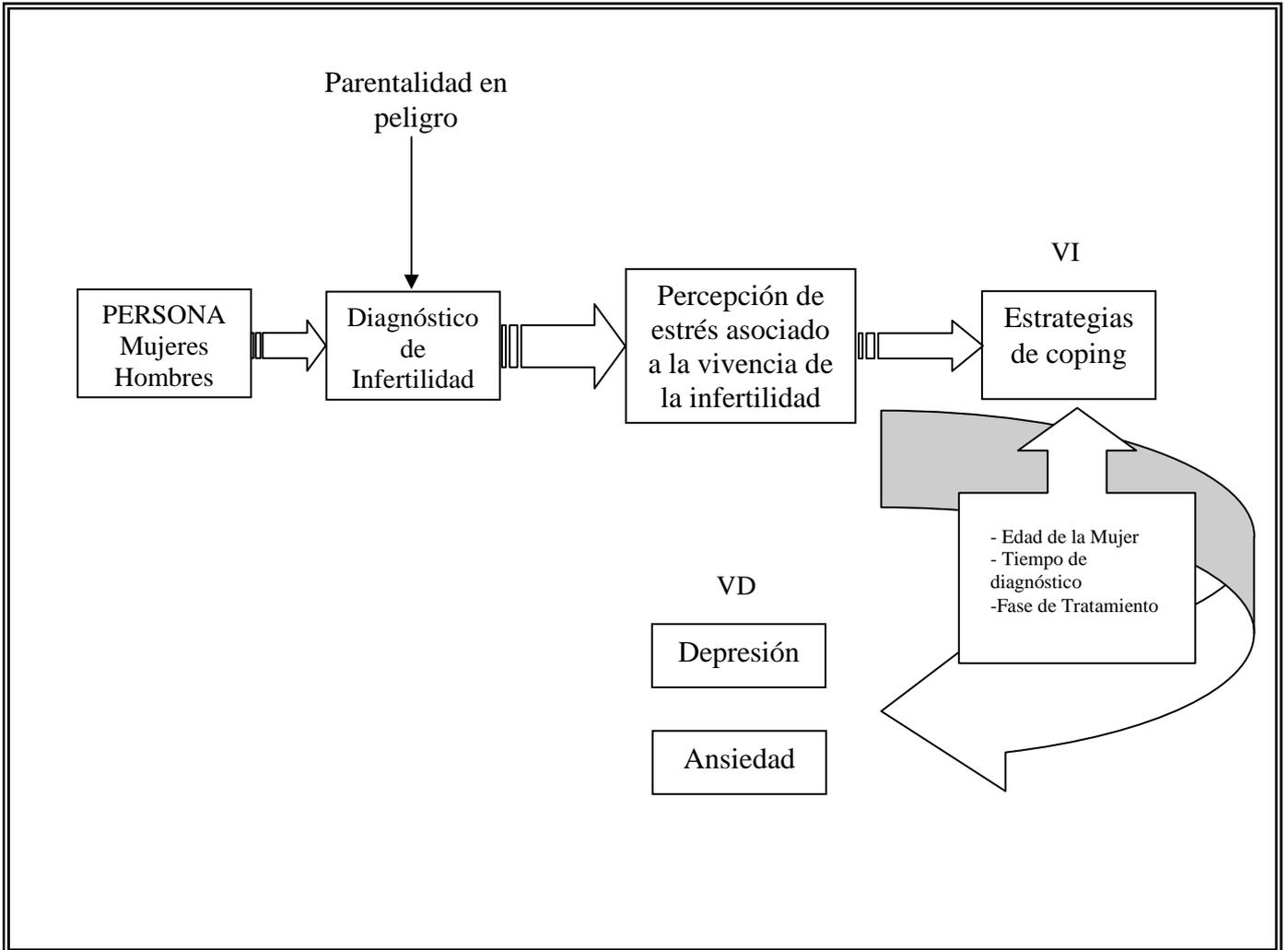
Es decir, la perspectiva biopsicosocial permite conceptualizar la infertilidad no sólo como un suceso de vida crítico o negativo, sino como un no-suceso, con serias complicaciones para el individuo, para su pareja, para su propia relación conyugal y también para familiares y amigos (Gerrity, 2001).

En esta línea de pensamiento los estresores relacionados con la vivencia de un diagnóstico de infertilidad ocurren en varios dominios: existencial, físico, emocional e interpersonal, y las estrategias de coping habitualmente utilizadas pueden no ser correctamente utilizadas en estas situaciones, debido a la conjugación de todos estos factores.

En este sentido, el modelo propuesto para nuestra investigación, es el Modelo de las Consecuencias Psicológicas y el Modelo Biopsicosocial, que presupone que las consecuencias esperadas a nivel emocional, tales como la ansiedad y la depresión, serán tanto más perjudiciales cuanto mayor sea la percepción del estrés relacionado con la vivencia de la infertilidad y las estrategias de afrontamiento adoptadas por los elementos de la pareja, que podrán depender igualmente de algunas variables intermedias, como la edad de la mujer, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, y la fase del tratamiento en que se encuentran.

**Fig. 3. - Modelo de nuestra investigación**

(Adaptado del Modelo de Consecuencias Psicológicas de la Infertilidad/ Modelo Biopsicosocial)





#### **4.- ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA**

En este capítulo pretendemos analizar los principales estudios que se han realizado en los últimos años sobre la infertilidad.

Greil y McQuillan en 2004, propusieron una investigación que intentó describir las características de las parejas con problemas de infertilidad comparando aquellos que buscan tratamiento (RMA) con los que no, designado el primer grupo de «parejas infértiles con intención de realizar tratamiento» que procuran activamente alcanzar el embarazo y el segundo de «parejas infértiles que no buscan tratamiento». Los participantes fueron seleccionados aleatoriamente por teléfono realizándose una entrevista que duró aproximadamente 35 minutos. De las 580 mujeres entrevistadas, 196 tenían el criterio de inclusión en el grupo de infertilidad. De estas, 126 pertenecían al grupo de mujeres infértiles con intención de quedar embarazadas y 73 que se incluían en el segundo grupo (estas no estaban voluntariamente sin hijos). Los autores concluyeron que las mujeres del grupo con intención de tener hijos buscan más ayudas pudiendo estas ser las convencionales como las RMA, u otras como la ayuda espiritual.

Varios estudios se dedican a comprender el impacto de la infertilidad en la vida de los individuos. En este sentido, Clarke, Martin-Mathews y Mathews (2006) investigaron como hombres y mujeres construyen su imagen corporal, como negocian los sentimientos de pérdida de control y como es la percepción de fallas del *self* corporal en el contexto de los discursos de femineidad y de masculinidad, mediante un estudio de carácter cualitativo, con 110 mujeres y 68 hombres en Canadá, realizaron entrevistas en profundidad con parejas que están en tratamientos de fertilidad, utilizando el material interpretado para examinar como la infertilidad obliga a la reconstrucción del sentido de identidad del yo corporal. La mayoría de las mujeres del estudio expresan fuertes sentimientos de

alienación de sus cuerpos. El cuerpo es percibido como una máquina defectuosa, indicando la internalización del modelo médico. El ciclo menstrual es un recordatorio mensual de su infertilidad, pues el éxito ó fracaso del tratamiento depende del funcionamiento de su cuerpo. Los tratamientos centrados en el cuerpo de la mujer, vienen a enfatizar el sentimiento de alienación, pero confieren algún poder y autoridad a la mujer para la toma de decisiones con respecto al tratamiento. Los fracasos sucesivos de los tratamientos culminan en la percepción de un Yo corporeizado desviante, inadecuado y vergonzoso, creándose estigmatizándose, ya que las personas infértiles se sienten inferiores. La incapacidad del Yo para controlar su cuerpo es una fuente de frustración y tristeza, así la infertilidad y sus repetidos fracasos son una experiencia nueva que puede provocar un choque de identidad (Clarke et al., 2006).

La negociación del proceso de control entre el cuerpo y el Yo se asemeja, en parte, a los estadios de muerte propuestos por Kübler-Ross, la rabia es una temática recurrente durante las entrevistas manifestándose en la forma de pérdida de control de sus cuerpos sobre todo antes del inicio de los tratamientos. Otras mujeres expresan su rabia, en las comparaciones que hacen con otros. El sentimiento de rabia y frustración es a veces acompañado de la sensación de desamparo y abandono. Pocas mujeres expresan resignación, ó lo que Kubler-Ross denominó aceptación. Un reducido porcentaje de mujeres manifiesta tensión por la constatación de que su cuerpo no puede ser controlado y por la creencia de que las acciones, como el uso de contraceptivos, podría ser el origen de los problemas de infertilidad (Clarke et al, 2006).

Para otras, el cuerpo infértil da lugar a la percepción de un Yo corporal incompleto, esta metáfora subraya la pérdida social y física que también acompaña la vivencia de la infertilidad. Dado que se asume que la maternidad es un rol social de la mujer, una función

biológica, muchas cuestionan sus roles en la sociedad desafiando su sentimiento de femineidad, de femenino y de materno (Clarke et al, 2006).

Clarke et al. (2006) defienden que los hombres también vivencian la infertilidad como una deshonra y con un estigma vergonzoso, pues la sociedad toma la reproducción como un suceso normal, natural y esperado. En vez del rechazo de los valores pro-natales, los varones tienden a juzgarse contra las expectativas sociales pero acaban por reproducir esos mismos valores. La paternidad es sentida tanto como una proeza y fuente de orgullo, como un estatus alcanzado. La asociación de la infertilidad a las disfunciones sexuales es algo que incomoda a los hombres, que les amenaza la continuidad de Yo como un hombre sexualmente potente. Para los hombres que valorizan las características de los machos, la infertilidad es un golpe devastador en su identidad.

Los autores concluyen que la realidad de la infertilidad es única para cada persona, pues el estatuto de infertilidad puede ser permanente o temporal. La ambigüedad que la envuelve suscita sentimientos de miedo a que la realidad sea permanente y, esto provoca un choque de identidad, sobre todo en las parejas que buscan ayuda médica especializada. Así, su auto-concepto está influenciado por las limitaciones corporales para reproducirse. Las mujeres de formación superior y de clase social media alta tienen la creencia de que controlan sus vidas, que los sucesos positivos y negativos son producto de sus capacidades y como “auto-suficientes” se enfrentan con la dolorosa realidad, siendo la pérdida de control del yo corporal frecuentemente devastador y difícil de reconciliar con sus ideas y con las construcciones sociales dominantes de feminidad y maternidad, y de masculinidad y paternidad (Clarke et al, 2006).

El cuerpo parece asumir una realidad activa e independiente del *self*, de tal forma que es cuestionado como provocador cuando falla la respuesta del tratamiento médico, y como

punitivo cuando se asume que este fallo se debe a la supresión previa de la capacidad reproductiva por el uso de contraceptivos. Esto sugiere que los individuos infértiles tienden a percibir el cuerpo y el yo como acoplados en una tensión dinámica en la cual el cuerpo ejerce autoridad moral sobre el yo. Es curioso que en las mujeres la infertilidad no cuestione su deseabilidad ni potencia sexual tal como sucede en los hombres (Clarke et al, 2006).

La infertilidad es una dimensión de la experiencia corporal de hombres y de mujeres. Como trabajadores, cónyuges, miembros de la familia y de la comunidad, los individuos poseen otras fuentes de identidad corporal, preservando su sentido de identidad, pero conviene prestar atención a este grupo de personas pues con el seguimiento de los tratamientos médicos, con la afectación de su rutina diaria de parejas, pueden en el futuro tener serios problemas.

Fernandes, Papaikonomou e Nieuwondt (2006) realizaron un estudio cualitativo para evaluar el sufrimiento de las mujeres en determinados acontecimientos de vida en las que el cuerpo asume un papel central, como es el cáncer de mama, los trastornos alimentarios y las situaciones de infertilidad. Estos marcos propician la redefinición de la auto-identidad de la mujer en relación a sus objetivos de vida. Las cuestiones corporales en la infertilidad femenina, subrayan los sentimientos de vergüenza y de identidad dañada. Las mujeres incapaces de concebir un niño sienten un vacío dentro de sí mismas, acreditando que sus cuerpos tienen un funcionamiento incorrecto (Fernandes et al., 2006).

Estos autores partiendo de una perspectiva construcionista social, entrevistaron a seis mujeres que estaban sufriendo los acontecimientos de vida previamente descritos, aunque tan solo comentaremos los resultados de las mujeres infértiles. Los temas emergentes de estas entrevistas fueron los sentimientos de aislamiento, de rabia y de ira.

Estas mujeres experimentan el el suceso como una **pérdida**, pérdida de control y de identidad, que están en la base del sufrimiento personal. Estas pérdidas significativas las llevan a cuestionar y reestructurar el sentido de vida. Sufrimiento que para estas mujeres es también **aislamiento**. A la vez puede surgir un sentimiento de desconexión de los otros, sintiéndose abandonados e incapaces de contar con el apoyo y lo más doloroso la sensación de que no hay quien entienda realmente lo que están pasando. La sensación de rabia, en principio es dirigida hacia ellas mismas, pero también hacia sus familiares y amigos, y hacia el mundo en general, incluso hacia Dios, conduciendo a un progresivo aislamiento y distanciamiento de los demás.

Otra dimensión del sufrimiento presente en el discurso de las mujeres es el **vacio**. La sensación de vacuidad está relacionada con la baja auto-estima, bajo auto-concepto y baja auto-imagen. Este sentimiento es acompañado por tristeza y depresión.

Fernandes et al. (2006) proponen que el sufrimiento puede ser comprendido desde las epistemologías personales, percibiendo los significados específicos asociados a la experiencia de sufrimiento individual. No obstante, este sufrimiento abarca los contextos físicos, emocionales y sociales estando todos interrelacionados entre sí. Pero este es tan intenso, que es capaz de transformar y de modificar las creencias previamente definidas del sujeto. El mundo del sujeto es transformado tan radicalmente con sentimientos intensos y debilitantes que parece casi imposible retormar al equilibrio. Una forma de superar el sufrimiento es el encontrar un **significado** para el mismo. Cuando el sujeto consigue atribuir un significado al sufrimiento alcanza la libertad de superar las condiciones debilitantes (Frankl, 1986). Este significado debe ser descubierto y experimentado por la persona, para encontrar su sentido de responsabilidad, y espiritualidad individual, para concretizar la forma de realizarse personalmente (Fernandes et al., 2006).

Van Rooj, Van Balen y Hermanns (2007), investigan las diferencias culturales en la infertilidad, comparando el nivel de sufrimiento emocional entre parejas Holandesas y emigrantes Turcos residentes en Holanda y parejas que viven en Turquía. La elección de la población Turca tiene que ver con el hecho de que es la comunidad extranjera más representativa en Holanda y que es altamente pro natalista. Para evaluar el sufrimiento emocional los autores utilizaron el IFQ (The Infertility Questionnaire) y tres sub-escalas del SCL-90-R (Symptom Checklist) para evaluar los niveles de depresión, ansiedad y rabia-hostilidad. Van Rooj et al. (2007), demuestran que los niveles de sufrimiento emocional en las mujeres emigrantes Turcas es semejante al de sus compatriotas pero más elevados que en las mujeres holandesas. En cuanto a los hombres encuentran diferencias menos consistentes entre los grupos a pesar que los turcos emigrantes manifiestan valores más expresivos de sufrimiento emocional. La importancia social atribuida a la necesidad de tener un hijo aumenta el nivel de sufrimiento emocional. El tiempo desde la percepción de infertilidad no parece ser una variable explicativa de estas diferencias. Los autores concluyen que los niveles de sufrimiento emocional más elevados en la comunidad Turca (emigrantes ó no), son debidos a la importancia cultural de esta sociedad pro natalista (Van Rooj, et al, 2007).

En Israel de Benyamini, Gozlau y Kokia (2005), estudiaron la variedad y extensión de las dificultades por las que pasan las mujeres infértiles que se someten a tratamientos no invasivos de infertilidad (6% fueron tratadas con Inseminación Artificial (IA) y el 84% con inducción hormonal). Los autores concluyen que todas las participantes (242) tienen el mismo dolor por no poder concebir. Las mujeres con mayor grado de dificultad en los tratamientos tienen un nivel más elevado de stress emocional y peores sentimientos de bien estar. Las dificultades específicas del tratamiento, las mujeres no o valoran valorizarlo,

considerándolas poco significativas, pero conviene no olvidar que todas están en fases de tratamientos poco invasivos. Cuando se les pide enumerar las tres principales dificultades relacionadas con la infertilidad, el problema más frecuente fue la anticipación mensual del resultado del tratamiento (Benyamini, et al., 2005).

La variable tiempo de diagnóstico, no se relaciona con las dificultades sentidas por estas mujeres. Parece que con cada nuevo tratamiento nacen nuevas ilusiones y se eliminan algunos de los efectos de los tratamientos previos. La frustración de fallo en el tratamiento tiene más impacto que el tiempo de diagnóstico (Benyamini, et al., 2005).

Dado que parecen existir factores psicosociales, es muy complicado conocer las relaciones causa efecto de los tratamientos en el éxito del mismo. Smeenk et al. (2005) investigaron la asociación entre las concentraciones hormonales del stress durante el tratamiento de infertilidad y el stress auto-informado, para evaluar el efecto negativo de la ansiedad y depresión en el resultado del tratamiento FIV ó ICSI. Entre el 10º y el 20º día antes del inicio del ciclo de tratamiento (día 21 cuando empezaba la administración hormonal) las mujeres completaban el BDI y el STAI, y se recogían las primeras muestras de orina. La segunda recogida de orina se hizo antes antes de la extacción de los oócitos y la tercera antes de la transferencia de los embriones. La muestra era de 167 mujeres y el éxito del tratamiento (embarazo viable) fue del 32%. Encontraron una asociación significativa y positiva entre los niveles de adrenalina durante el tratamiento y las puntuaciones de ansiedad y depresión en la fase de pre-tratamiento. Los niveles de cortisol en la retirada de oócitos se asociaba positivamente a los valores de distrés emocional. Curiosamente el éxito del tratamiento estaba asociado a valores bajos de adrenalina en la retirada de los óvulos y en la transferencia de los embriones. La correlación de las concentraciones de adrenalina con las puntuaciones del BDI fue superior que con el STAI,

los autores concluyen que se puede explicar por la naturaleza crónica de amenaza de la situación de infertilidad más que por el stress provocado por el tratamiento. Durante el tratamiento se asistió a una disminución de las concentraciones de adrenalina que puede deberse al incremento de los valores de ansiedad por la anticipación del tratamiento. Smeenk et al. (2005), concluyen que la ansiedad y depresión antes del inicio del tratamiento FIV ó ICSI estaban positivamente asociados a los niveles de adrenalina durante el tratamiento.

Moreira, Melo, Tomaz y Azevedo (2006), en Brasil estudiaron el estrés y la ansiedad en 152 mujeres infértiles y 150 mujeres de un grupo de control. El 61,8% de las mujeres infértiles se encontraban estresadas frente a un 36% de las del grupo control, ó sea la probabilidad de una mujer desarrollar estrés es 2,9 veces superior si es infértil. Encontraron que los factores de riesgo asociados a la presencia del estrés y ansiedad son, la ausencia de hijos en relaciones anteriores, el desconocimiento de la causa de la infertilidad y la fase de investigación diagnóstica. Las mujeres con menor rasgo de ansiedad presentan menor tendencia a desarrollar estrés, aunque esta ansiedad aumenta al progresar las fases del estrés (alerta, resistencia, cuasi-exhausto y exhausto).

Moreira et al. (2006) investigaron la fase de estrés en las que se encontraban un grupo de 94 pacientes infértiles: El 83% estaban en la fase de resistencia, siendo los síntomas más frecuentes el mal estar, la sensación de desgaste físico, el cansancio, la sensibilidad emocional excesiva y la irritabilidad.

Estés resultados son consistentes con los encontrados por Coleman, Morison, Paine, Powell y Walraven (2006) en un estudio sobre la salud reproductora de la mujer africana y la depresión. Entrevistaron 565 mujeres de un ambiente rural de África sub-sahariana. Los resultados indican la presencia de valores clínicos de depresión en el 10,3% de las mujeres

entrevistadas, evaluadas por la Escala de Depresión de Edimburgo. Este valor está fuertemente asociado a la experiencia de infertilidad, de divorcio ó viudez, y a dolores menstruales severos. Coleman et al. (2006) argumentan que estos resultados pueden ser explicados por cuestiones culturales asociadas a la representación de un hijo, en cuanto garante de seguridad y de continuidad familiar.

Otro estudio realizado en África del Sur, sobre el sufrimiento emocional en las mujeres infértiles, fue realizado por Dyer, Abrahams, Mokoena, Lombard y Van der Spay en 2005, con el objetivo de evaluar si las mujeres infértiles (120) provenientes de una comunidad urbana presentaban valores más significativos de sufrimiento emocional al compararlas con las fértiles (120). Los resultados demuestran que las infértiles presentan valores más elevados de sufrimiento emocional en todas las dimensiones del SCL-90-R. Es importante señalar que el 29,2% de estas mujeres informaban haber sido víctimas de abuso verbal y/ó físico de sus actuales compañeros. Además las mujeres africanas presentan valores medios de sufrimiento emocional más elevado que las mujeres de otras partes del mundo, lo que enfatiza el peso negativo de la infertilidad en esta comunidad, estando asociada a inestabilidad conyugal, divorcio, abandono, estigmatización, ostracismo y abuso, aumentando el riesgo de secuelas emocionales (Dyer, 2005).

Los estudios que hemos visto son esencialmente de carácter transversal, e informan de que las mujeres están alteradas emocionalmente por la infertilidad, pero no informan sobre los efectos al largo del tiempo. Boivin y Schmidt (2005), esbozaron un estudio para evaluar los efectos del estrés relacionado con la infertilidad en parejas infértiles tras 12 meses del inicio del tratamiento FIV en Dinamarca. 818 parejas fueron evaluadas en la fase inicial del tratamiento FIV y a los 12 meses, mediante el Fertility Problem Stress Inventory, y las escalas de «Estrés personal», «Estrés social» y «Estrés marital» y un

cuestionario sobre su situación elaborado por los autores.

Los resultados indican que estados y rasgos psicológicos negativos están relacionados con el resultado final adverso del tratamiento. Estos resultados son más evidentes en las mujeres y cuando la fuente del estrés es sobre todo personal ó conyugal. El sufrimiento conyugal en las mujeres aumenta el número de ciclos de tratamientos necesarios para alcanzar un embarazo. Los resultados muestran que el estrés en los hombres asume un papel importante en el fracaso del tratamiento, a pesar de obtener puntuaciones menores que las mujeres. El esfuerzo causado por los problemas de infertilidad en las relaciones conyugales interfiere con el éxito del tratamiento. Las mujeres que afirman que la infertilidad les ha causado una crisis conyugal tienen menos probabilidad de alcanzar el embarazo pasados 12 meses de tratamiento. Esta relación tiene que ver con preocupaciones genuinas por los efectos directos en los procesos biológicos subyacentes al tratamiento, lo que refuerza la importancia apoyo del compañero. Los autores proponen una explicación a través de la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) durante el periodo de estrés, que interfiere con la liberación de la hormona liberadora de gonodotropina (GnRH) que por su vez provoca una cascada de eventos hormonales que no viabilizan la función reproductora.

En los hombres, el estrés agudo tiene efectos negativos al nivel funcional y de desarrollo. También se debe considerar la activación del estrés asociada a alteraciones en el comportamiento ó a estilos de vida que comprometen la fertilidad, como el aumento de consumo de alcohol ó de tabaco (Boivin & Schmidt, 2005).

Peddie, Teijilingen y Bhattacharya (2005) efectuaron un estudio de naturaleza cualitativa sobre el proceso de toma de decisión sobre el fin de los tratamientos FIV, examinando las circunstancias que rodean los tratamientos sin éxito. 71 mujeres

respondieran a un cuestionario sobre este proceso. De estas, 68 accedieron a participar en la segunda fase de la investigación que consistía en una entrevista. El estudio cualitativo fue realizado analizando las entrevistas a 25 mujeres con una edad media de 37 años.

Del análisis efectuado emergen los 10 meta-temas más descriptivos de la experiencia fenomenológica del impacto de finalizar los tratamientos en las mujeres. Los temas son: *dificultad en aceptar la infertilidad; el estrés asociado a los tratamientos FIV; las expectativas irrealistas sobre el éxito del tratamiento; la presión ejercida por los medios y la sociedad; información insuficientemente específica a cada individuo; costos de oportunidades sociales y profesionales; presión física y emocional ejercida en la relación conyugal; información prestada y capacidad comunicativa de los médicos en la última consulta; y falta de continuidad del apoyo en la unidades de medicina de reproducción* (Peddie et al., 2005).

Los resultados de esta investigación indican que la decisión de terminar los tratamientos moviliza las mujeres a lidiar con su situación de infertilidad no solucionada. A pesar de ser una decisión muy dolorosa, ofrece a algunas mujeres la posibilidad de salir del sufrimiento emocional causado por los tratamientos FIV. Se registraron algunas incongruencias entre las respuestas positivas obtenidas en los cuestionarios de la fase inicial y los comentarios negativos expresados en la entrevista, emergiendo sentimientos de falsas esperanzas fortalecidas por el equipo médico, quién retrasó la aceptación inevitable de una vida sin hijos biológicos y que contribuyó también al aplazamiento de la decisión de terminar con los tratamientos. Los esfuerzos financieros y la edad de la mujer influyeron en la finalización de los tratamientos (Peddie et al., 2005).

Sin embargo a pesar del sufrimiento sentido en el proceso de finalización del tratamiento, cuando las parejas se enfrentan a la realidad innegable de su infertilidad

permanente, muchas mujeres muestran alivio por liberarse de la montaña-rusa emocional de los sucesivos tratamientos y fracasos. Los autores aseguran que la infertilidad es una fuerte fuente de estrés, que se agrava considerablemente durante los tratamientos y que las que optan en seguida por la adopción muestran niveles superiores de percepción de calidad de vida (Peddie et al., 2005).

Para comprobar el ajuste psicológico a largo plazo de las parejas infértiles tras el fracaso de los tratamientos médicos, Daniluk y Tench (2007) recurrieron al modelo de estrategias de afrontamiento de Schlossberg, Waters y Goodman (1995) de los **4 S** (*Situación, Self, Suport, Strategy*) para evaluar el bien estar psicológico de las parejas infértiles en su adaptación a una vida permanente sin hijos biológicos. Treinta y ocho parejas de Canadá participaron en la evaluación psicológica en cuatro momentos distintos mediante cuestionarios enviados por email (M1). La segunda pasación se realizó a los 13 meses (M2), el tercero pasados los 23 meses, y el cuarto y último momento a los 33 meses posteriores a la finalización del tratamiento fracasado. Para las valorar el afrontamiento utilizaron el **WOCS** - Estrategias de afrontamiento emocional y estrategias centradas en la resolución de problemas (Lazarus & Folkman, 1984), y para las medidas del bien estar, recurrieron a la sintomatología psicopatológica (SCL-90-R, Derogatis, 1975); la satisfacción marital (DAS, Spanier, 1976); la satisfacción sexual (DSFI, Derogatis, 1978); la satisfacción por la vida (LSS, Warr, Cook & Wall, 1979); y la auto-estima (Rosenberg Inventory, 1965).

Los autores confirman que el proceso de adaptación a la vida sin hijos biológicos es constante al largo del tiempo y es independiente del sexo, edad, ó del tipo de diagnóstico de infertilidad, aunque la mayoría de los sujetos en este estudio no poseían un diagnóstico identificado. El estudio parece indicar que la infertilidad durante el tratamiento puede ser

una experiencia cualitativamente diferente que está influenciada por numerosos factores inherentes al proceso de adaptación a vida sin hijos biológicos. Los cuatros factores más relacionados con un peor ajuste a esta realidad al largo del tiempo, fueron un mayor sufrimiento emocional, menor satisfacción marital, menor satisfacción por la vida y peor auto-estima. Los participantes que creían que existían pocas ó ningunas opciones disponibles para tener hijos, y los que percibían poco ó ninguno apoyo de la red social y del equipo médico, evidenciaran un peor ajuste durante los 2,5 años siguientes la finalización del tratamiento. Los participantes cuya evaluación subjetiva de la salud física y emocional era pobre y los que utilizaban más estrategias de control de emociones en vez de estrategias orientadas para la resolución de problemas, no se adaptaron también en esta fase transitoria de la vida (Daniluk & Trenh, 2007). Las estrategias de control de emociones como el pensamiento mágico ó la negación de la realidad para reducir el sufrimiento emocional, parecen no ser tan eficaces en esta fase de transición en que los sujetos tienen que enfrentar a la realidad de una vida sin hijos biológicos. Aunque los sujetos no pueden modificar la realidad de su incapacidad de concebir, pueden intentar identificar áreas que consiguen efectivamente controlar, como por ejemplo, iniciar el proceso de adopción, volver a proseguir los estudios, modificar su situación profesional, invertir en hobbies y pasatiempos. O sea, es importante que se les oriente a dirigir sus energías a tareas que les ofrezcan satisfacción, sentimientos de control y de realización personal. Daniluk y Trench (2007) informan sobre la importancia de identificar otros objetivos de vida y la adopción de otros roles en la sociedad. De hecho, los participantes que optan por adoptar un niño, a semejanza de otros estudios, también demuestran mejor ajuste emocional.

Otra evidencia importante en este estudio, es la disminución persistente de la

satisfacción sexual, con la pérdida de espontaneidad en las relaciones sexuales. Estos sentimientos se acentúan en la fase transitoria pues deja de haber un motivo para mantener relaciones sexuales, lo que significa que es importante ayudar a las parejas en esta fase. Es importante evaluar la autoestima a lo largo del tiempo, subrayando la importancia de tratar el no acontecimiento (Daniluk & Trench, 2007).

Las consecuencias emocionales de los tratamientos FIV entre las mujeres tras pasados diez años del término del tratamiento fueron evaluadas por un estudio de Sundby, Schmidt, Heldaas, Bugge y Tanboo (2007). De las 164 mujeres contactadas, 66 aceptaron participar en la investigación. Se utilizó un cuestionario para evaluar el resultado del tratamiento, la satisfacción y las consecuencias psicológicas asociadas, y el General Health Questionnaire (GHQ) para acceder a la salud psicológica de los participantes.

Diez años después el 82% de las mujeres tiene a su cargo uno ó más niños. Casi mitad (47%) se quedaron embarazadas debido al tratamiento FIV y un 15% se quedaron embarazadas espontáneamente. De las restantes, algunas recurrieran a la adopción (15%) otras tuvieron la custodia de un niño (10%) ó en situación de madrastas (3%), es decir la gran mayoría de las mujeres son madres, aunque consideren los tratamientos como una época dolorosa del pasado, con interferencias negativas en la relación conyugal y sexual, a pesar de que estos no tuvieran efectos permanentes. De hecho, el 52% admitieron que encontraron otros objetivos de vida en los últimos diez años, pero un 66% manifestaron, todavía, dificultades para hablar de este asunto.

Una estrategia de afrontamiento utilizada por personas infértiles es la alteración comportamental para aliviar el sufrimiento, como son el consumo de alcohol ó tabaco. Como estos consumos tienen una interferencia directa en la reproducción, Chang, McNamara, Haimovici y Hornestein (2006) intentaran adaptar y testar la utilidad de un

instrumento de rastreo para averiguar la existencia de problemas de alcohol en mujeres que van a iniciar sus tratamientos de infertilidad en Boston. El **T-ACE** (**T**olerance; **A**nnoyed; **C**utdown; **E**ye-opener) es un cuestionario de cuatro preguntas sobre el consumo de alcohol pre-natal basado en CAGE. Chang et al. (2006) concluyeron que este instrumento permite hacer la distinción entre el comportamiento de riesgo de consumo de alcohol moderado y severo entre las mujeres infértiles. La cantidad de alcohol consumida por día no se altera cuando las mujeres estaban en tratamiento de fertilidad, aunque disminuyen los días medios de consumo.

Además mitad de las mujeres que recurren a tratamientos de infertilidad y que exceden los límites de ingestión moderada de alcohol, no modificaron activamente su comportamiento, lo que significa que es un área importante para intervenir.

Anstefeld y Stanton (2004) enfatizan la importancia de las estrategias de afrontamiento en un abordaje Emocional, presentando un estudio de Berghuis e Stanton (2002) sobre las consecuencias adaptativas del *Coping de Abordaje Emocional* (CAE) en parejas que se someten a los tratamientos de inseminación artificial. Las parejas heterosexuales completaron los instrumentos de medida de las estrategias de afrontamiento y de la sintomatología depresiva antes del primer ensayo de IA y una semana después de recibir el resultado negativo del test de embarazo. Tanto en las mujeres (media de edades de 34 años) como en los hombres (media de edades de 35 años), se registró un alto procesamiento y expresión emocional antes de IA que predijo un bajo nivel de estrés tras el fracaso del tratamiento. Respecto al efecto de las estrategias de afrontamiento del conyugue, las mujeres que usaban CAE tenían baja sintomatología depresiva a lo largo del tiempo, independientemente de las estrategias manejadas por los hombres. Cuando ambos los elementos de la pareja presentan valores bajos de CAE, las mujeres manifestaban más

distrés en el tiempo y síntomas depresivos moderados a severos.

Los resultados sugieren que el uso de estrategias de afrontamiento emocional en las parejas es benéfico para enfrentar un estresor incontrolable (Anstefeld & Stanton, 2004). En otro estudio de carácter longitudinal de una intervención psicológica basada en las estrategias de afrontamiento de resolución de problemas versus estrategias de regulación emocional, comparándose un grupo de tratamiento con un grupo de control, McQueeney, Stanton e Sigmon (1997) encontraron que las mujeres del grupo de intervención presentaban menos distrés al final del tratamiento. Pasado un mes, el grupo centrado en las emociones mantuvo el nivel de ajuste, obteniendo mejores valores que el grupo de control, en comparación con el grupo de intervención de estrategias orientadas para la resolución de los problemas (Anstefeld & Stanton, 2004).

Siguiendo con las estrategias de afrontamiento, Lord y Robertson en 2005, realizaron un estudio sobre la capacidad predictiva de los factores cognitivos en el sufrimiento psicológico, recurriendo a los modelos de Auto-regulación de Leventhal et al. (1980). Los 50 participantes (20 hombres y 30 mujeres) fueron reclutados en unidades de medicina de reproducción en Gran Bretaña. Los autores utilizaron el IPQ-R de Moss-Morris et al. (2002 – Illness Perception Questionnaire) para evaluar la representación de la enfermedad; el HADS de Zigmond e Snaith (1983 – Hospital Anxiety and Depression Scale), y el COPE (Brief Version) de Carver (1997) para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Los resultados indican que a pesar de que los valores medios de ansiedad (6,34, d.t.4,10) y depresión (3,24, d.t.3,23) en el HADS no son valores clínicos medios significativos, una porcentaje importante (42%) manifiestan valores clínicos de ansiedad, y el 18% ansiedad moderada. En relación a depresión, 12% manifestaran valores clínicos de depresión leve. Los sujetos presentaban valores bajos de representación de la enfermedad

en todas las sub-escalas. No obstante, este grupo manifiesta poco sentido de control personal sobre su problema y apenas una ligera creencia en que el tratamiento será eficaz. En consecuencia, la estrategia de afrontamiento más utilizada en el 68% de los sujetos fue la aceptación. El coping activo fue utilizado por un 52% de las personas y el 48% utilizaban la planificación. La ventilación de los sentimientos es la única estrategia de afrontamiento que explica el 38,6% de la variancia del nivel de sufrimiento emocional de los sujetos. Las causas de infertilidad entrarán en el paso siguiente de análisis y el estrés prevé más de un 13% de variancia (Lord & Robertson, 2005).

Los autores sugieren que los pacientes que se van a iniciar los tratamientos FIV no exhiben valores clínicos de ansiedad y depresión. Sin embargo, hay personas con valores clínicos de sufrimiento emocional. Los valores más significativos de ansiedad en comparación con los valores de depresión, puede deberse a los miedos y recelos ante los procedimientos médicos y el tratamiento. La depresión se vuelve más evidente después del fracaso, aunque son necesarios más estudios prospectivos para comprobarlo (Lord & Robertson, 2005).

En este sentido, Sydsjö, Ekhoem, Wadsby, Kjellberg y Sydsjö (2005) realizaron un estudio prospectivo follow-up que evaluó las relaciones conyugales tras el fracaso del tratamiento. Participaron 45 parejas Suecas en tres momentos de evaluación: durante el 1º ciclo FIV, pasados 6 meses; y 1 año y medio después del último tratamiento. Los autores utilizaron la versión sueca del ENRICH (Olson et al., 1983) para acceder a la dinámica conyugal en las dimensiones de personalidad, comunicación, resolución de conflictos, entre otros. La escala permite obtener una medida de acuerdo positivo en la pareja, midiendo el consenso entre los elementos.

Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas entre los elementos

de la pareja con respecto a la experiencia del tratamiento, el 77% de las mujeres consideran esta experiencia negativa contrastando con 66% de hombres que la informan como positiva. Esta incongruencia se observó también en el seguimiento del tratamiento, el 73% de las mujeres admitieron deseos de proseguir mientras que el 53,3% de los hombres manifestaron la intención de abandonarlo.

En general, las parejas demostraron buenas relaciones conyugales, estable a largo del tiempo. Los hombres manifestaron una mayor satisfacción marital después del final del último tratamiento. Esta percepción de satisfacción conyugal puede deberse a la énfasis del centro de reproducción que exige que las parejas tengan un relación estable de al menos dos años, en caso de no cumplir este requisito se les puede negar el tratamiento o se les encamina hacia el apoyo psicológico. Por otro lado, el fracaso del tratamiento parece no afectar la calidad de la relación, pero, esto no significa que no exista un mal estar individual ó sufrimiento emocional (Sydsjö, 2005).

Algunos estudios de los últimos años se centran en las consecuencias de la infertilidad en los hombres.

En 2004, Pook, Tuschen-Caffier y Krause evaluarón el distrés de los varones infértiles por la calidad de su esperma. Los 120 participantes volvieron a la clínica para empezar un nuevo ciclo de tratamiento FIV tras 6 meses de intervalo. Como instrumento de medida se utilizó el IDS (Infertility Distress Scale) para evaluar el estrés resultante de la percepción de infertilidad. La concentración de espermatozoides fue el indicador escogido.

Exploraron si el distrés debido a percepción de la infertilidad tenía un impacto negativo en la concentración espermática. Esta asociación fue confirmada por un análisis estadístico por pasos, e informan que cuanto más desean los hombres un niño, peor es la

calidad de su esperma. No aumentan los niveles de estrés cuando la infertilidad es diagnosticada como masculina, pero si la propia incapacidad en generar un hijo, asociado a sucesivos tratamientos y fracasos.

En un estudio de naturaleza cualitativa, Throsby y Gill (2004), pretendían investigar los sentimientos de los hombres, sus creencias y prácticas en relación a la reproducción medica asistida. Se realizaron 13 entrevistas en profundidad a parejas heterosexuales y a 15 mujeres (cuyos conjugues se negaron a participar en el estudio). Todos los sujetos habían completado al menos un ciclo de tratamiento FIV fracasado durante los últimos cinco años, y terminaron los tratamientos al menos hacia dos años.. Se entrevistó a los sujetos en dos momentos, con seis y ocho meses de intervalo.

Las temáticas emergentes del análisis de los resultados son las siguientes: *la amenaza a su masculinidad*. Para los hombres de este estudio, la incapacidad de generar un niño provoca dificultades específicas. Este tema recurrente es una consecuencia de una popular y enraizada asociación entre infertilidad masculina, potencia y masculinidad, haciendo que su sentido de identidad está siendo puesto en cuestión.

Las reacciones que los hombres tienen hacia los hombres infértiles son muchas veces hostiles e irónicas, al contrario de las reacciones empáticas que reciben las mujeres infértiles. Esto viene a denunciar la cultura masculina hegemónica. Tan solo un hombre en este estudio, no encaraba estos comentarios como peyorativos, creyendo que era la forma de sus compañeros de demostrar su apoyo y amistad. Pero este hombre no tenía dudas sobre su fertilidad. Para la mayoría de los hombres la estrategia favorita para evitar que su fertilidad fuese cuestionada era el secretismo y/ó culpar de forma implícita ó explícita a la mujer. Siendo las propias mujeres son cómplices, protegiendo a los hombres de las asociaciones negativas de la infertilidad.

La *representación acerca de la tecnología FIV* evoca un grado de positividad acerca de las técnicas de RMA y es semejante en hombres y mujeres. Esta actitud está asociada al optimismo, sentido inicialmente sobre el suceso del tratamiento y después de los fracasos la mayoría de las parejas continúan mostrándolo. Sin embargo, existe una actitud ambivalente en los hombres en relación a la técnica. Por un lado, estos lo consideran como un procedimiento tecnológico y científico, y a la vez como consideran una intervención “natural”. La noción de la infertilidad como un “problema mecánico” esta presente. Otro discurso contradictorio en los hombres surge cuando afirman que la técnica FIV sería el último recurso y que si está fallase nada más podría solucionarlo. En comparación con sus cónyuges, los hombres no recurren a alteraciones del estilo de vida para aumentar su fertilidad, como parar de fumar, no beber alcohol, usar agua moderada en la ducha. Pero este rechazo a cambios conductuales no está claro que se deba a un genuino escepticismo, ó a que constiruiría la afirmación y el reconocimiento de que el origen del problema era suyo (Pook et al, 2004).

Es interesante constatar la ambivalencia en el discurso hace la técnica FIV como procedimiento científico por un lado, y por otro lado, la importancia dada a la sinergia entre su propia actitud hace el tratamiento, valorando los estereotipos masculinos como los negocios y la resolución de problemas, o sea, el fracaso era encarado como un problema que tenía que ser solucionado con las mejores estrategias racionales (Pook et al, 2004).

Con respecto a la implicación *que los hombres tenían en los tratamientos FIV*, se registró lo inverso del estereotipo masculino. Los hombres de este estudio consideraban involucrados pasivamente en el proceso. Sin embargo, se observaron cuatro principales roles asumidos por los hombres. El primero tiene que ver con la recogida de muestras de semen. Este tópico es muy sensible para los hombres, surgiendo en las entrevistas

enmascarado por el humor para disminuir el embarazo sentido. Los hombres se sentían degradados cuando tenían que recoger la muestra en servicios públicos, corrompido por las mensajes de carácter homosexual inscritas en las paredes, comprometiendo muchas veces su propia performance. Estos sentimientos surgen incluso cuando la recogida es en el domicilio, la disponibilidad de materiales pornográficos suscita sentimientos contradictorios, como si el proceso fuese necesariamente público y sórdido.

El procedimiento de administrar las inyecciones hormonales a sus mujeres era altamente valorado por el equipo médico en el sentido involucrarse en el tratamiento. La mitad de los hombres del estudio que ejecutaban esta tarea, tenían miedo de infligir dolor y sufrimiento físico a sus compañeras. Además les preocupaba la cantidad de hormonas que entraban en sus cuerpos. La aversión a las agujas fue la justificación para evitar hacerlo.

La principal diligencia asumida por los hombres es la de apoyar emocionalmente a las compañeras. En cuanto los hombres aseguran un buen desempeño en esta actividad, aunque la mayoría de las mujeres no lo sintió. Ellas describían a sus parejas como no conversadores y se quejaban de que sus compañeros no eran capaces de compartir con ellas sus emociones, manteniendo una postura muy racional, que era entendida como siendo fría y distante.

Los hombres eran bien intencionados, pero para Pook et al. (2004) lo que sucede es la manifestación de un *script* emocional de masculinidad, que no solo hace que las mujeres se sientan solas en este proceso, sino también les deja aislados y sin la posibilidad de recibir apoyo.

Una última responsabilidad atribuida a los hombres de este estudio, es el veto racional en terminar los tratamientos, contrastando con la postura pasiva demostrada

durante todo el proceso. Este ejercicio de colocar un punto final en los tratamientos es una señal del poder de la autoridad masculina, sin que las mujeres, no obstante, lo tengan entendido de esta manera. Pero las mujeres intentan manipular a sus compañeros para prosiguieren con los tratamientos, no obstante, la mayor parte de las veces esta actitud de los hombres les aporta algún alivio al no ser ellas quienes tengan que tomar la iniciativa. Además, los hombres admiten que este veto funciona para liberar a sus compañeras del sufrimiento emocional vivenciado, así, este es más un acto protector que autoritario.

Pook et al. (2004) concluyen que en este estudio que los tratamientos FIV tienen lugar en el contexto de las relaciones de género, que son, extremadamente tradicionales. El *script* emocional para los hombres se mantiene inalterado. Los hombres tienen que ser fuertes para apoyar a sus mujeres, que a su vez se sienten desamparadas y solas en todo el proceso.

Pook y Krause (2005) realizaron un estudio longitudinal para evaluar el impacto de la experiencia del tratamiento de infertilidad en el sufrimiento de los hombres. Participaron en el estudio 118 hombres con diagnóstico de infertilidad. Los sujetos fueron evaluados con el IDS (Infertility Distress Scale) en la primera consulta del tratamiento en Alemania.

Encontraron que los pacientes con diagnóstico de infertilidad masculina cuyos tratamientos habían fracasado muestran una disminución acentuada de los niveles de estrés, cuando la evaluación follow-up fue corta y un gran aumento cuando la evaluación follow-up fue más larga. La diferencia encontrada en los valores de sufrimiento emocional, para Pook y Krause (2005), puede estar relacionada con experiencias específicas del tratamiento fracasado y con la duración del mismo.

En 2007, Peronace, Boivin y Schmidt publicaron un estudio sobre el patrón de

sufrimiento y las interacciones sociales en los hombres infértiles un año después del fracaso del tratamiento. Este estudio longitudinal pretendió evaluar si los hombres de Dinamarca diagnosticados de infertilidad masculina poseen un aumento del sufrimiento emocional. La muestra quedó compuesta por 256 varones cuyos cónyuges no quedaron embarazadas en un periodo de 12 meses y que habían sido evaluados al inicio del tratamiento al abrigo de otro estudio más prolongado (COMPI).

Peronace et al. (2007) contrariamente al estudio de Pook y Krause (2005), defienden que no existe evidencia que apoye la idea de un estigma social fuerte asociado a los hombres diagnosticados de infertilidad masculina, además no se registran valores más elevados de sufrimiento emocional en comparación con sus congéneres con otros diagnósticos. Sin embargo, la infertilidad y los sucesivos fracasos de los tratamientos representan un desafío emocional muy exigente para la mayoría de los hombres, a pesar que admitieron que hablan abiertamente de su problema con los demás. Además, los hombres con otros diagnósticos también comparten la información con otras personas, esto puede ser explicado por que cada vez se recurre menos al semen de dador entre los participantes de este estudio.

Otra conclusión importante de este trabajo es la evidencia de que la red social de los hombres es más negativa y menos consoladora a largo del tiempo presentando valores elevados de estrés social, esta degradación e inestabilidad de la red social es frecuente en parejas infértiles. Otra constatación es el aumento del nivel de sufrimiento emocional en los hombres a lo largo de las fases del tratamiento y a medida que se van acumulando los fracasos. El sufrimiento incluye deterioro psicológico evidenciado por sentimientos de angustia y reacciones físicas de estrés, como el aumento del esfuerzo para enfrentar los problemas de infertilidad.

Este patrón de resultados indica que la persistencia de la ausencia involuntaria de hijos conduce al sufrimiento y apenas a la auto-recriminación. También observaron una relación causal entre la percepción del ambiente social y el mal-estar en la salud mental. Los fracasos sucesivos de los tratamientos, y el consecuente aumento del sufrimiento emocional, pueden actuar como un estresor crónico, que a su vez, altera más la red social de apoyo. Este esfuerzo puede causar la rotura con la propia red contribuyendo al incremento del estrés (Peronace et al., 2007).

Para terminar las investigaciones que se centraron en los aspectos masculinos de la infertilidad, presentamos un estudio de Terzioglu (2007) sobre la manifestación de ansiedad en hombres infértiles que se someten a tests genéticos, en una cultura altamente pro natalista como la Turca y en la cual la legislación no admite el recurso a semen de dador, volviendo lo resultado negativos de un test genético en una sentencia difícil de superar.

Los 60 participantes fueron contactados cuando iban a buscar los resultados de su test genético, completando el STAI (Spielberger's State and Trait Anxiety Inventory). Es importante señalar algunas características de la muestra que son completamente diferentes de los estudios que hemos presentado. La media de edades de los participantes es de 26 años y de sus mujeres de 22 años. Además en el 15% de las parejas existe consanguinidad en el matrimonio, lo que justifica la realización de tests genéticos en una población tan joven.

La ansiedad estado y rasgo en estos hombres es más elevada que en la población general. Especialmente después de los testes genéticos, los valores de ansiedad estado aumentan significativamente. Estos valores aumentan, sobre todo, en los provenientes del entorno urbano y entre los matrimonios consanguíneos.

La ansiedad era más elevada entre quien se sintieron más nerviosos antes de la realización del test y en particular en quienes recibieron más información acerca del mismo. Afortunadamente, estas manifestaciones hacen que recurran más a servicios especializados de psicología para superar sus.

Parece claro por la revisión de las publicaciones en el área de infertilidad y psicología que los estudios se centran en las consecuencias psicológicas de la infertilidad en la vida de las personas infértiles. Para finalizar presentamos un estudio interesante y relativamente innovador de naturaleza cualitativa sobre la experiencia del tratamiento de infertilidad en las mujeres que tuvieron éxito en el mismo de Redshaw, Hocley y Davidson (2007). Participaron 460 mujeres que integran un estudio más amplio en el Reino Unido (Millenium Cohort Study – MCS) en cual se evalúan a todos los padres cuyos niños tenían 9 meses de edad.

Los temas dominantes sobre la percepción de las mujeres sobre los tratamientos de infertilidad son:

- ***El rol de la suerte y felicidad:*** es evidente en el discurso de las mujeres el papel de la buena suerte en tener un hijo, como se fuera el resultado de un premio, aunque reconozcan el gran esfuerzo y dedicación.
- ***Falta de posibilidad de escoger y de control:*** se encontraron descripciones llenas de incertidumbres, como si todo el proceso fuera una ardua jornada.
- ***Dolor emocional y físico:*** el momento del diagnóstico es percibido un grand dolor, con imágenes que evocan desintegración, “despedazar en pedazos”. El cuerpo se somete a un procedimiento artificial para conseguir un hecho natural, “dar a luz”.
- ***Volverse una no persona:*** los discursos que describen la experiencia como deshumanizada y sin dignidad son frecuentes.

- ***Necesidad de estoicismo y sacrificio:*** el objetivo de tener un hijo hace que estas mujeres estén preparadas para hacer cualquier cosa en un compromiso de determinación, dolor y.
- ***Números y medidas:*** las mujeres tienen la necesidad de adquirir el lenguaje médico asociada a la infertilidad que las prepara para hablar con sus médicos y les garantiza alguna confianza y sensación de dominio. Este lenguaje está muchas veces asociado a los números: edad de la mujer, nº de años de espera, probabilidad de quedar embarazada, nº de tentativas, nº de tratamientos, entre otros.
- ***Diferencias en el tratamiento:*** la atención dispensada tanto fue sentida por algunas mujeres como bueno, por otras como frío, distante e impersonal.
- ***Costos financieros y emocionales:*** lo más difícil para las mujeres fue el tiempo de espera por el diagnóstico y por el inicio real del tratamiento, seguido del propio tratamiento. Frustraciones con el sector público que les conduce a clínicas privadas aumentando, significativamente, el impacto financiero en sus vidas.
- ***Justicia y equidad:*** en términos políticos a las mujeres de este estudio les gustaría que todas tuviesen las mismas posibilidades que ellas para recibir tratamiento para obtener un hijo biológico.

A pesar que las mujeres entrevistadas tenían al menos un hijo, algunas mantienen una imagen de sí mismas como heridas por el proceso y todavía manifestaron sufrimiento emocional (Redshaw, et al., 2007).

En todas las investigaciones presentadas, el denominador común parece ser, claramente, el nivel de sufrimiento emocional percibido. Esta constatación es transversal a todas las personas de culturas, razas y etnias diferentes como hemos expuesto.



## **5.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

Uno de los principales objetivos de este trabajo es: Conocer mejor la realidad de las parejas portuguesas que se enfrentan a una problemática de infertilidad y que optan por procurar ayuda médica especializada, intentando comprender el impacto de la situación en el ajuste emocional de cada elemento de la pareja. Evaluando los niveles de estrés de los individuos, podremos identificar los tipos de estrategias de resolución de problemas que movilizan en el sentido de si reforzar las estrategias de afrontamiento más adecuadas para el reencontró del equilibrio perdido e identificar el ajuste más adecuado desde el punto de vista emocional, para la realización de determinados procedimientos médicos (Markestad et al. 1998, in Nodim, 2005). Se pretende, de este modo, minimizar el riesgo de manifestación de perturbaciones emocionales ante el posible fracaso de las fertilizaciones asistidas, minimizándose así el dolor mental de los individuos durante el proceso exigente de los tratamientos RA (Sá, 1997).

Por todo ello, los objetivos específicos de nuestro trabajo son los siguientes:

Identificar las preocupaciones asociadas a la vivencia de la infertilidad responsables por el aumento de los niveles de estrés en los individuos, averiguando la existencia de congruencia entre los niveles de percepción de estrés entre los dos elementos de la pareja y su impacto en el nivel de sufrimiento emocional;

Identificar si las estrategias de afrontamiento utilizadas por cada elemento de la pareja son las más ajustadas al nivel de estrés manifiesto, en las varias fases del tratamiento, reconociendo las estrategias protectoras del distrés;

Estudiar el nivel de ansiedad y de depresión presentado por cada elemento da pareja, evaluando un modelo de vulnerabilidad en la infertilidad.

En este sentido delineamos las siguientes hipótesis experimentales:

**Hipótesis 1:**

La percepción de estrés asociado a la vivencia de la infertilidad incrementa la sintomatología ansiosa y depresiva.

**Hipótesis 2:**

Las estrategias de afrontamiento activas protegen a los individuos de psicopatología ansiosa y depresiva.

**Hipótesis 3:**

En las mujeres con problemas de fertilidad los niveles más elevados de percepción del estrés y el afrontamiento pasivo producen un efecto negativo sobre el estado emocional.

**Hipótesis 4:**

Es posible establecer un modelo de vulnerabilidad hacia la ansiedad y la depresión partiendo de variables relacionadas con el estrés y las estrategias de afrontamiento.



## **6. - METODOLOGÍA**

### **6.1. - Criterios de selección de la muestra**

Todas las parejas presentan algún problema de infertilidad, habiéndose excluido aquellas que recurrieron a los respectivos servicios presentando alguna patología infectocontagiosa o genética y que se sometieron igualmente a procedimientos médicos similares a los de las parejas infértiles, pero que consideramos que tendrían otras problemáticas no relacionadas a situaciones de infertilidad. También se excluyeron las parejas que se encontraban en el momento inicial del tratamiento, por considerar se que obteníamos una muestra más homogénea.

Se trata de un muestreo al azar intencionado, mediante el que todos los individuos que recurrieron a las referidas unidades de salud fueron invitados a participar en el estudio, independientemente de que la infertilidad fuera primaria o secundaria, de la etiología de la infertilidad y de la fase de tratamiento en la cual se encontraban.

### **6.2. - Batería de instrumentos**

#### **6.2.1. - Inventario sobre Problemas de Fertilidad (FPI)**

Este inventario es un instrumento de evaluación específicamente diseñado para la población de parejas que padecen problemas de fertilidad, basado en un modelo psicológico de percepción del estrés. Se trata de un cuestionario multidimensional que tiene como objetivo evaluar la percepción del estrés asociado a la vivencia de la infertilidad en aspectos de la vida de la pareja como las preocupaciones a nivel social, sexual, de la relación conyugal, del rechazo de un estilo de vida sin hijos y la necesidad de realización parental. El objetivo final es evaluar un índice general de percepción del estrés (Newton, Sherrard & Glavac, 1999).

Para cada ítem se solicita una respuesta, que deberá ser puntuado con un número entre el 1 y el 6, donde 1 equivale a una discrepancia elevada de la afirmación y 6 equivale a la concordancia elevada. Algunos ítems se presentan invertidos, por ejemplo, en el ítem 1: “Parejas sin hijos son tan felices como los que tienen hijos”, lo que significa que tendremos que invertir la puntuación (de 6 hasta 1), en los siguientes ítems: 1; 4; 7; 9; 12; 15; 18; 20; 23; 25; 28; 31; 33; 35; 38; 41; 44; 46.

En los estudios de muestreo efectuados por el autor de esta escala, que permitieron la validación de este instrumento, se recurrió a población femenina y masculina hospitalaria que se encontraban efectuando tratamientos de infertilidad en Canadá, totalizando 1153 mujeres y 1149 hombres. Estas personas poseían, en su mayoría, un nivel de escolaridad alto, gran parte de ellos (87%) no tenía aún ningún hijo de la relación actual ó sea su infertilidad era primaria, y el 12% ya había tenido por lo menos un hijo de una relación anterior, encuadrándose entonces en infertilidad secundaria (ibidem).

Para corroborar el constructo del instrumento se procedió al análisis factorial, obteniéndose 5 dimensiones con ítems correlacionados positivamente en cada uno de ellos. Las dimensiones son Social Concern (Preocupaciones Sociales); Sexual Concern (Preocupaciones Sexuales); Relationship Concern (Preocupaciones de la Relación Conyugal); Rejection of Childfree Lifestyle (Rechazo del Estilo de Vida sin Hijos); Need for Parenthood (Necesidad de Parentalidad); existe también un Índice General de Percepción Estrés designado como Global Stress. Las Preocupaciones Sociales se refieren a la sensibilidad de los individuos con respecto a los comentarios efectuados por terceros sobre la situación de infertilidad, y se reportan, igualmente, a las evocaciones o recuerdos sobre el problema mismo y a los sentimientos de alejamiento social con necesidad de separación de los familiares y grupos de iguales. La dimensión de las Preocupaciones

Sexuales engloba los ítems que miden la disminución de la satisfacción sexual o del sentimiento de autoestima sexual, más allá de que las parejas consideren particularmente difíciles las relaciones sexuales programadas. En las Preocupaciones de la Relación Conyugal las parejas manifiestan dificultades en dialogar sobre su problema de infertilidad, demostrando serias dificultades en comprenderse, por temerle al impacto negativo que este problema pueda crear sobre la calidad de la relación marital. En la dimensión del Rechazo del Estilo de Vida sin Hijos los individuos son evaluados sobre la eventual perspectiva negativa que poseen sobre el estatuto social sin hijos, creyendo que los valores de felicidad y satisfacción dependerán del hecho de tener un hijo (o más de uno). En la Necesidad de Parentalidad los individuos son evaluados sobre la existencia de una fuerte identificación con el rol parental, y el mismo se percibe como esencial o principal rol social en la vida de los individuos. Por último, en la medida compuesta de Estrés Global se evalúa la percepción total de cada sujeto con respecto al estrés inherente a la vivencia de la infertilidad (Newton, Sherrard & Glavac, 1999). Los estudios de consistencia interna del instrumento a través de coeficiente alpha de Cronbach revelaron una buena fidelidad tanto en las cinco dimensiones como en la medida del estrés global, siendo que el valor de alpha para la dimensión Preocupación Social igual a .87; valor de alpha de .77 para la dimensión Preocupaciones Sexuales, Preocupaciones de la Relación Conyugal con valores de .82, Rechazo del Estilo de Vida sin Hijos con valores de .80, Necesidad de Parentalidad de .84 y, por último, un valor de .93 para Estrés Global, demostrando una buena homogeneidad de los ítems en cada factor (ibidem). Las correlaciones del retest para la medida del “Estrés Global” fueron de .83 para las mujeres y .84 para los hombres. Valores que nos permiten garantizar una consistencia del instrumento a nivel de la estabilidad temporal. La evaluación de la validez de la escala fue efectuada con base en las respuestas de 1151

individuos, aproximadamente mitad de la muestra inicial. La validez de discriminación se obtuvo mediante intercorrelaciones significativas entre los cinco factores de la escala, demostrando que el cuestionario mide un constructo multidimensional relacionado al estrés asociado a los problemas de infertilidad. Con respecto a los estudios de validez convergente, en los cuales se averigua la relación de esta escala con otros instrumentos ya cotejados que miden constructos con los cuales teóricamente deben correlacionarse, como la ansiedad (STAI), la depresión (BDI) y el ajuste marital (DAS), se pudo demostrar que todos los resultados obtenidos se forman en el sentido de los resultados esperados. Hombres y mujeres que presentaron valores elevados de Estrés Global presentaron valores más elevados de depresión. Se verificó la misma relación en todas las dimensiones, aunque se haya verificado por la transformación de las notas  $z$  una mayor correlación en las subescalas: Preocupaciones Sociales, Preocupaciones Sexuales, Preocupaciones de la Relación Conyugal. Este patrón fue consistente en los dos géneros. Con respecto a la ansiedad, a semejanza de la escala de depresión, hombres y mujeres presentaban niveles elevados de Estrés Global revelaron puntuaciones mayores en la ansiedad estado. Sin embargo, ninguna subescala obtuvo una correlación mayor en la ansiedad estado. Por último, con respecto a la escala del ajuste marital, de acuerdo a lo previsto teóricamente, se observó una relación significativa entre el FPI y el ajuste marital. En general, hombres y mujeres que describen valores elevados de Estrés Global también mencionan niveles más bajos de ajuste marital. Tal como se esperaba, la escala de la Preocupación de la Relación Conyugal y las Preocupaciones Sexuales son las que mejor pronostican problemas en el ajuste marital.

Con este estudio de verificación realizado a la población canadiense se constató la importancia del FPI para la medición de dominios importantes de la percepción de la

infertilidad y su relación en manifestaciones de estrés, a través de cinco dominios relativamente homogéneos e independientes, que le otorgan fidelidad y validez de medida. Por otro lado, será posible discriminar diferentes índices de estrés global de acuerdo al género en ciertos dominios. Las mujeres, por ejemplo, revelaron índices globales de estrés más elevados que los hombres, como las vertientes sociales, sexuales y la necesidad de parentalidad. Por otra parte, se constató que las parejas que afrontan problemas de fertilidad relacionados a factores masculinos vivencian mayores índices de Estrés Global y en Preocupación Social y Sexual que cuando el problema se origina en factores femeninos. Fue también evidente la importancia de los aspectos relacionados a las Preocupaciones Sociales, Sexuales y de la Relación Conyugal en parejas durante procesos de tratamiento (ibidem).

En Portugal fue realizado un trabajo de adaptación a la población portuguesa del Fertility Problem Inventory por los autores Moura-Ramos, Gameiro y Canavarro (2008) habiendo utilizado 162 individuos (92 mujeres y 70 hombres) de los servicios de Medicina de Reproducción del Hospital de la Universidad de Coimbra. Los autores realizaron los estudios de las características psicométricas, en particular, para el estudio de la fiabilidad el cálculo de coeficientes alpha de Cronbach, de biparticiones (*Split-half*), de Spearman-Brown y de correlaciones ítem-total para el análisis de la consistencia interna. Los autores optaron por excluir cinco ítems (ítem 7, 12, 14, 33 e 46) debido a que estos obtuvieron correlaciones con las sub-escalas inferiores a 0.4. Los datos relativos a la consistencia interna del instrumento aseguran una uniformidad y coherencia entre las respuestas de los individuos, obteniéndose valores dentro de los límites recomendados entre .70 y .90. Aunque no tengamos utilizado esta versión portuguesa del instrumento, cuando comparamos los nuestros resultados verificamos que las características psicométricas

encontradas con un padrón semejante al nuestro, aseguran la calidad del instrumento.

### **6.2.2. - Inventario de Resolución de Problemas (IRP)**

El IRP fue creado por Adriano Vaz-Serra en 1988, siendo que su principal objetivo hay sido evaluar si el sujeto dispone de recursos para manejar los estresantes e identificar el tipo de esfuerzos que el sujeto pone en funcionamiento para lidiar con ellos, designándoles como estrategias de coping. Según este autor, citando Pearlin y Schooler (1978), las estrategias de coping poseen una dimensión protectora, que se puede manifestar en tres formas principales: por medio de la eliminación o alteración de la situación generadora del problema; a través del control perceptivo del significado de la situación estresante o de sus consecuencias; o, por último, por medio del mantenimiento de las consecuencias emocionales derivadas de la situación estresante en niveles soportables para el individuo.

Para Vaz-Serra (1988) las estrategias de coping encierran en su concepto mecanismos relacionados a las características de la personalidad de los individuos. Lo que se pretende del sujeto con este inventario es que, frente a diversas situaciones que se le presentan, entre las cuales hay situaciones de **amenaza** (anticipación de una consecuencia negativa que podrá provenir de determinada circunstancia), **daño** (situaciones en las cuales ya hubo un perjuicio para el sujeto) y **desafío** (situaciones en las cuales el sujeto siente que, en cierta forma, dispone de recursos suficientes para enfrentar las adversidades) responda de la forma más sincera posible cómo se comportaría, a través de cinco modalidades de categorías. Éstas asumen la modalidad de respuesta tipo escala de Likert, variando su valor de 1 y 5, comprendiendo desde “No estoy de acuerdo” hasta “Estoy muy de acuerdo” y está conformado por cuarenta ítems. En este inventario también existen ítems que se presentan de forma invertida, cuya puntuación se deberá alterar de 5 para 1,

en los siguientes ítems: 1; 2; 4; 5; 6; 7; 9; 10; 11; 11; 12; 13; 14; 16; 18; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 27; 28; 29; 30; 35; 37; 38; 39. Un ejemplo de afirmaciones que están en sentido contrario al objetivo del test, es por ejemplo en el ítem 5: “Me voy aconsejar con amigos para decidir lo que debo hacer”.

De acuerdo a las respuestas verificaremos si el sujeto posee estrategias suficientes para manejar el estrés, siendo que también es posible evaluar si las estrategias utilizadas son las más adecuadas.

Se realizó un análisis de constructo a través del análisis factorial, siendo posible agrupar esos ítems en dimensiones subyacentes. Por medio de la rotación varimax se obtuvieron nueve factores explicativos del 51.7% de la varianza total. Los factores son los siguientes: Pedido de Ayuda (F1), Afrontamiento y Resolución Activa de los Problemas (F2), Abandono Pasivo Frente a la Situación (F3), Control Interno/Externo de los Problemas (F4), Estrategias de Control de las Emociones (F5), Actitud Activa de No Interferencia de la Vida Cotidiana por los Acontecimientos (F6), Agresividad Interiorizada/Exteriorizada (F7), Autoculpabilización y Miedo a las Consecuencias (F8) y, por último, Afrontamiento del Problema y Planificación de la Estrategia (F9). Todos los factores presentan una correlación positiva y significativa con respecto a la nota global, mostrando de este modo la validez del instrumento.

Con respecto a la fiabilidad, podemos considerar que este instrumento presenta una buena consistencia interna, con un coeficiente de Spearman-Brown de .86, y una buena estabilidad temporal, con una correlación prueba-contraprueba con intervalo de un mes con 102 individuos, de  $r=.808$ , con un valor de  $p < .001$ .

De este modo, podremos concluir a través de este inventario clínico que, en

situaciones potencialmente estresantes, los individuos vulnerables tienden a indignarse y encolerizarse, a gastar mucho tiempo pensando en el tema, a alejarse de los otros, a ponerse apáticos y poco eficientes, a pasear, a hacer ejercicio físico o un viaje, a rezar y, por último, a buscar ayuda profesional como medio de apoyo. Son personas que sienten que pierden el control de la situación y se dejan invadir por un estado emocional desagradable, no logran olvidar lo que ocurre y buscan tan sólo controlar las emociones derivadas de la situación estresante.

### **6.2.3. - Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)**

La escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmond y Snaith (1983, in Crawford, Henry, Crombie & Taylor, 2001) fue traducida y adaptada a la población portuguesa por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia y Alves en 1999 y en 2006 Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses y Baltar realizaron un estudio de aferición a población portuguesa más amplio con 1322 individuos.

Es una escala breve de 14 ítems, que nos permiten identificar niveles de ansiedad y depresión, a través de dos subescalas compuestas por 7 ítems relativos a indicadores de depresión y otros 7 para ítems que indican ansiedad, destinada a la población con condiciones médicas y en tratamiento ambulatorio, pudiendo ser utilizada en medio hospitalario o clínico (Crawford et al., 2001).

Pese a haber sido desarrollada para utilizarse en estos enfermos, en la actualidad es ampliamente utilizada en la investigación y práctica clínica para evaluar de una forma breve los niveles de ansiedad y depresión en poblaciones no psiquiátricas (Herrmann, 1997), al contrario de otras escalas para evaluar la ansiedad de depresión, como el Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), el State Trait

Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) y la Zung Depression Scale (Zung, 1965), esencialmente concebidos para utilización en contexto psiquiátrico (Fernandes, 2005; Ribeiro et al. 2006).

Una ventaja de esta escala es la breve identificación de niveles más leves de estrés, y se torna un instrumento de evaluación de los referidos constructos que excluye síntomas somáticos, que muchas veces podrían falsear los resultados finales (falsos positivos), como ocurre por ejemplo en el BDI (Froese, Vasquez, Cassem & Hackett, 1974, cit por Fernandes, 2005).

Los ítems de ansiedad reflejan un estado de ansiedad generalizado, mientras que los de depresión están más relacionados a un estado de anhedonia (Zigmond & Snaith, 1983, in Crawford et al., 2001). La inclusión de la anhedonia, como un indicador no específico del humor depresivo, contribuye a la sensibilización de la escala a niveles leves de perturbación, sin depender de síntomas somáticos. Así, seis de los ítems de la subescala depresión evalúan el humor depresivo y anhedonia, y uno evalúa el retraso psicomotor (Fernandes, 2005).

El modo de respuesta de los 14 ítems de la escala varía de 0 (bajo) a 3 (elevado), en una escala Likert de 4 puntos. Para cada ítem existen cuatro posibilidades de respuesta, y la persona debe elegir cómo se ha sentido durante la última semana. Los resultados totales de cada subescala varían entre 0 y 21, resultantes de la suma de los valores de los ítems de cada subescala; los ítems que miden la Depresión son: 2; 4; 6; 8; 10; 12; 14; y los que miden la Ansiedad: 1; 3; 5; 7; 9; 11; 13 (Crawford et al. 2001; Ribeiro et al., 2006).

Los autores sugieren un puntaje de 8 como punto de corte, considerando los valores inferiores como ausencia de ansiedad y depresión. Por otro lado, consideran que la

severidad de la ansiedad y la depresión se puede clasificar como “normal” con valores entre 0 y 7, “leve” con valores entre 8 y 10, “moderada” con valores comprendidos entre 11 hasta 15 y “severa” a partir de los 16 (Snaith & Zigmond, 1994, in Crawford et al., 2001). Los mismos autores refieren que se puede usar una puntuación total (HADS-Total) como un indicador clínico, siempre y cuando se analice como un índice de perturbación emocional.

Crawford et al. (2001) defienden que la interpretación de la escala deberá mantener la dimensionalidad de la escala en factores relacionados a la ansiedad y otros a la depresión, y no como si fuera una escala unidimensional.

Recientemente, en el estudio de Ribeiro e col. procedieron a un análisis de las características psicométricas del HADS en una población portuguesa diagnosticada con varias patologías como cáncer, infarte, epilepsia, enfermedades coronarias, diabetes, distrofias miotónicas, apnea del sueño obstructiva, depresión y un grupo de individuos sin enfermedad. Los datos fueron sometidos a un análisis de validez del constructo y de consistencia interna, ya sea para el total de la escala como para las dos subescalas (ansiedad y depresión).

En lo que se refiere a la fidelidad, el análisis de las correlaciones de los ítems HADS-A (ansiedad) con el total de la escala reveló que todos los ítems presentaban correlaciones superiores a .76, variando de los .43 a los .57. En las correlaciones HADS-D (Depresión) con el total de la escala, los valores obtenidos se sitúan entre .81, lo que revela una elevada consistencia interna en ambos casos. El análisis de las correlaciones para el HADS-Total revela que todos los ítems presentan correlaciones superiores a .51 con el total de la escala, variando de los .51 a los .81. El coeficiente de fidelidad para el HADS-Total es de .91, revelando una elevada consistencia interna de esta escala. Por medio del análisis de los

coeficientes de consistencia interna con el de Cronbach, es posible constatar que los valores obtenidos en este estudio son altos y semejantes a los obtenidos en otras investigaciones (Moorey et al, 1991; Roberts et al, 2001; Smith et al. 2002; Strik et al., 2001).

La validez de constructo fue estudiada recurriendo al análisis factorial de componentes principales seguido de rotación varimax. Posteriormente a la extracción y rotación, dos factores con valores (“eigenvalues”) superiores a 1 sugieren que: el primer factor explica 29.53% de la varianza total (eigenvalue de 6.488) y el segundo factor explica 28.65% de la varianza total (eigenvalue de 1.658), justificando en su conjunto más de 58% de la variación total inicial (58.181%). Los resultados de este análisis revelan que los 14 ítems de la versión original se organizan en dos factores de acuerdo al modelo original de Zigmond y Snaith (1983, in Crawford et al., 2001).

En el estudio original se analizaron también las correlaciones entre las subescalas ansiedad y depresión y entre éstas y el HADS-Total. Las correlaciones observadas entre las subescalas y el total del HADS son elevadas ( $r=.94$  para la sub escala ansiedad y  $r=.90$  para la subescala depresión). Los coeficientes de correlación de Pearson entre las dos subescalas, a pesar de ser más bajos que con el HADS-Total, revelaron que éstas se correlacionan significativa y positivamente ( $r=.69$ ;  $p<.01$ ) entre sí, indicando una asociación moderada entre estas subescalas, demostrando por lo tanto su especificidad.

Por último, el análisis de las propiedades psicométricas del HADS en este estudio reveló una buena fiabilidad del instrumento y el estudio de validez confirma la estructura factorial de dos factores defendidos por los autores ya confirmados en otros estudios posteriores.

### **6.3. - Procedimiento**

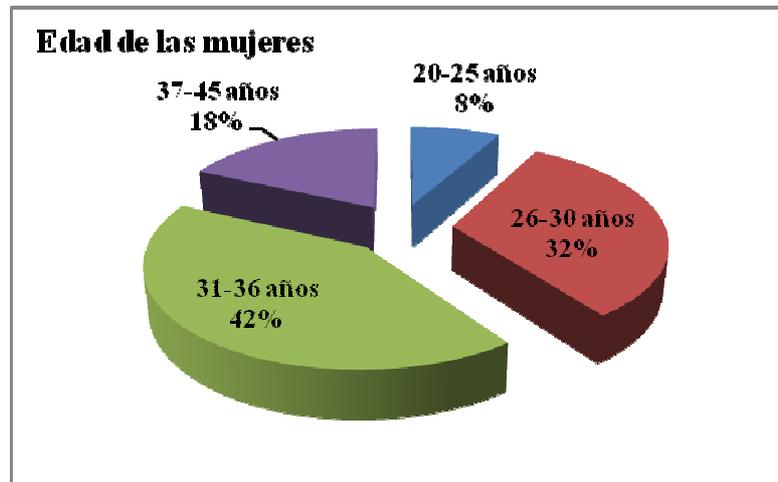
Los participantes en el estudio eran parejas que buscaban ayuda médica especializada para intentar resolver sus problemas de fertilidad, en las Unidades de Medicina de Reproducción del Hospital S. João en Oporto y en el Hospital da Senhora da Oliveira en Guimarães, y en la clínica privada Centro de Estudios de Infertilidad y Esterilidad en Oporto. Las Comisiones Éticas de los hospitales aprobaron la realización del estudio en las referidas unidades hospitalares.

El día de la consulta médica, el médico le preguntaba a las parejas si estarían interesadas en colaborar con una investigación en el área de la Psicología, derivándoles en caso afirmativo al gabinete del Psicólogo. Éste, después de explicar a los individuos los objetivos de la investigación y las finalidades de estudio, pedía un consentimiento informado por escrito. Se les señaló también que se garantizaba la confidencialidad de los datos personales, la necesidad de participación voluntaria, y también la posibilidad de desistir en cualquier momento a los largo del proceso. Inmediatamente después se realizaba la entrevista semiestructurada a la pareja, en la cual se intentaba recoger información sobre las características sociodemográficas de los individuos y la problemática que les había conducido a las respectivas unidades de salud. En un segundo momento se aplicaban los instrumentos de evaluación psicológica (batería). Cuando las mujeres comparecían solas a las consultas se intentaba concertar un día para realizarle la entrevista a la pareja, y si no era posible, ellas mismas llevaban los cuestionarios en un sobre para que sus parejas completaran los mismos y los entregaran en la siguiente consulta médica.

#### **6.4. - Muestra**

Se realizaron 270 entrevistas con individuos que recurrieron a servicios públicos y privados de Reproducción Médicamente Asistida en la región Norte de Portugal. Pero sólo se incluyeron en este estudio los datos de 99 parejas más 13 mujeres y un hombre, haciendo un total de 212 individuos, 112 del sexo femenino y 100 pertenecientes al masculino.

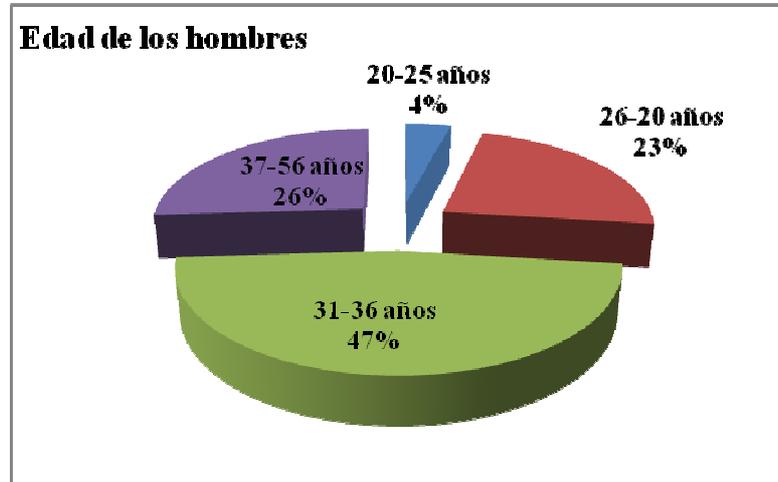
La edad media de los participantes de la muestra es de 32,85 años con una desviación-típica (d.t.) de 5,43 años y el valor mínimo de edad de 20 años y un valor máximo de 56. En el grupo de mujeres la media de edad es de 31,8 años con d.t. de 4,90 años y en el de los hombres es de 34 años con d.t. de 5,74 años. A continuación los gráficos en la fig. 4 y en la fig. 5 describen la distribución de la variable edad en ambos elementos de la muestra.



**Fig. 4. - Distribución de la edad de las mujeres (N=112)**

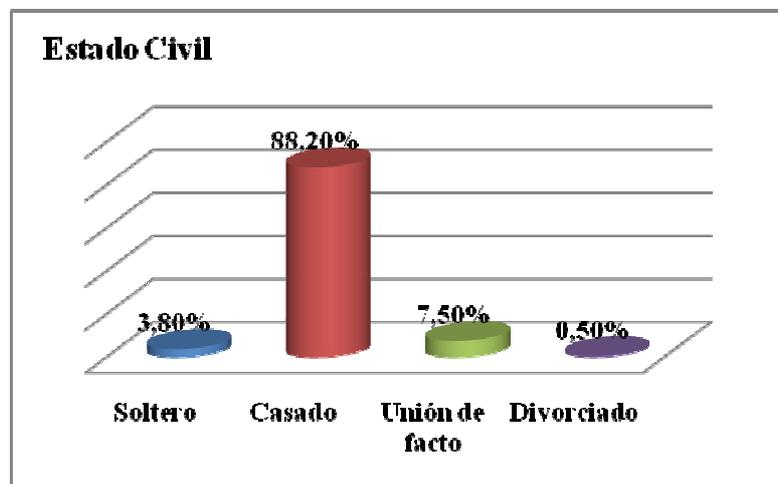
Como podremos observar, el porcentaje de edad más alto en nuestra muestra, tanto en mujeres como en hombres, es la comprendida entre los 31 hasta los 36 años. Sin

embargo, existen en los varones edades avanzadas que alcanzan hasta los 56 años.



**Fig. 5. - Distribución de la edad de los hombres (N=100)**

En lo que se refiere al estado civil de los individuos de la muestra, están básicamente formados por individuos casados, como podemos observar en la siguiente figura:



**Fig. 6. - Distribución del estado civil de la muestra (N=212)**

La mayoría están casados, correspondiendo esta situación a 187 (88,2%), tal y como la legislación portuguesa reglamenta (Ley nº 32/2006), es decir, que los beneficiarios de las técnicas de RA podrán ser individuos de sexos diferentes casados o que vivan en unión de

hecho hasta dos años. Tanto los individuos solteros como los divorciados ya mantenían una nueva relación amorosa, aunque no podía considerarse una pareja formal.

En relación a los años de relación conyugal, el valor medio es de 6,1 años con d.t. de 4,10 años, siendo el mínimo de un año y el máximo de 23 años. El número de años más representativo es de cuatro años de relación, seguidos de los tres años y los dos años.

Con respecto al tipo de residencia de los individuos de la muestra podremos verificar en la siguiente figura que mayoritariamente (65,6%) habitan en la ciudad, los que habitan en el área rural no sobrepasan un 17% del total y los que residen en una zona mixta corresponden al 17,5%:

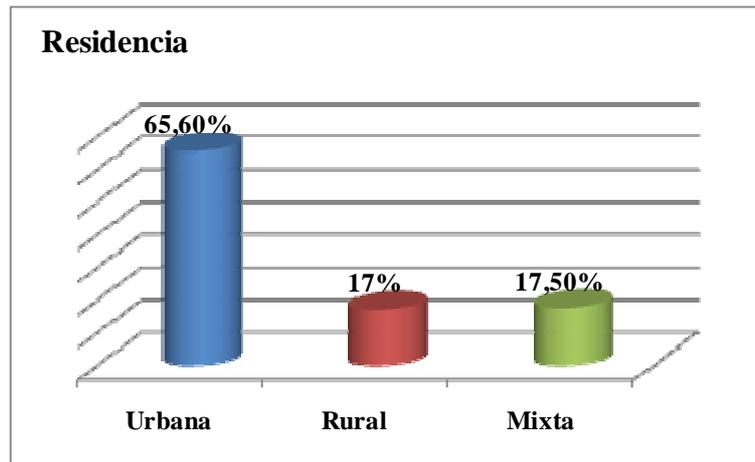


Fig. 7. - Área de residencia de la muestra (N=212)

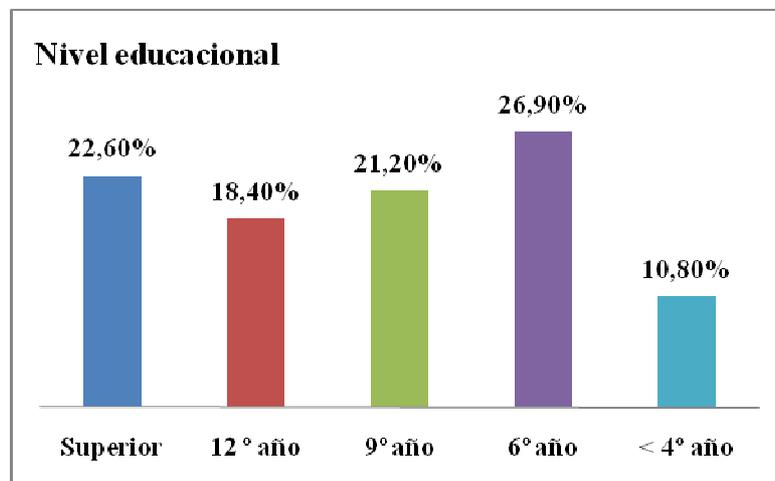
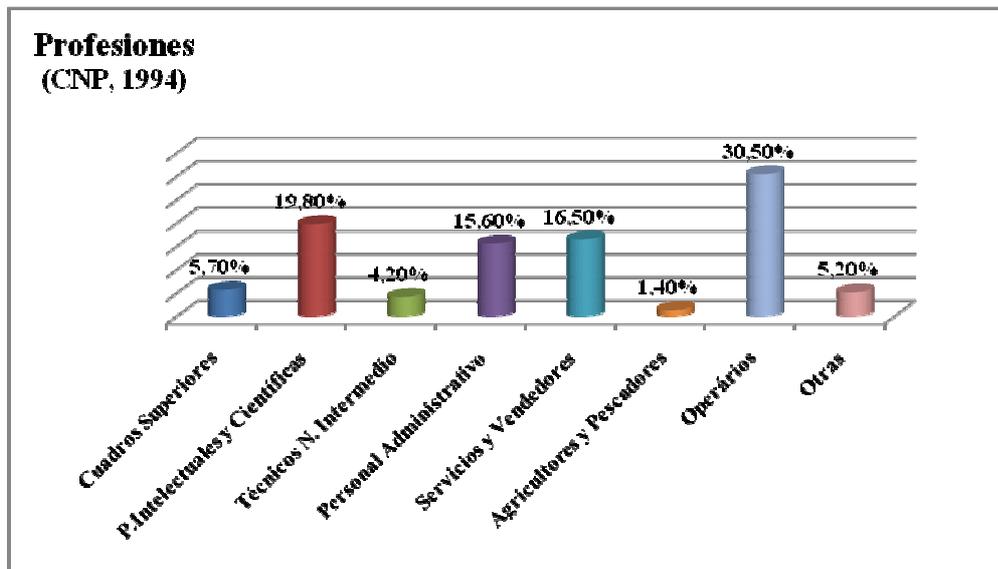


Fig. 8. - Nivel educacional de la muestra (N=212)

Con respecto al nivel educacional de la muestra, podemos observar que el 6° año de escolaridad es el más representativo (26,9%), seguido del nivel superior (22,6%). Un 10,2% de los participantes tienen cuatro ó menos años de escolaridad como podemos observar en la figura 8.

En general podemos concluir que las parejas presentan un nivel educacional medio alto. Con respecto al nivel educacional en función del sexo de los individuos, en el grupo de las mujeres el nivel superior es el más representativo (27,7%); en los hombres el 6° año de enseñanza representa 29%, seguido del 28% que llegaron a nivel del 9° año.

En la figura siguiente podemos observar la distribución de las categorías profesionales de los individuos de la muestra.



**Fig. 9. - Distribución de las profesiones de la muestra (N=211)**

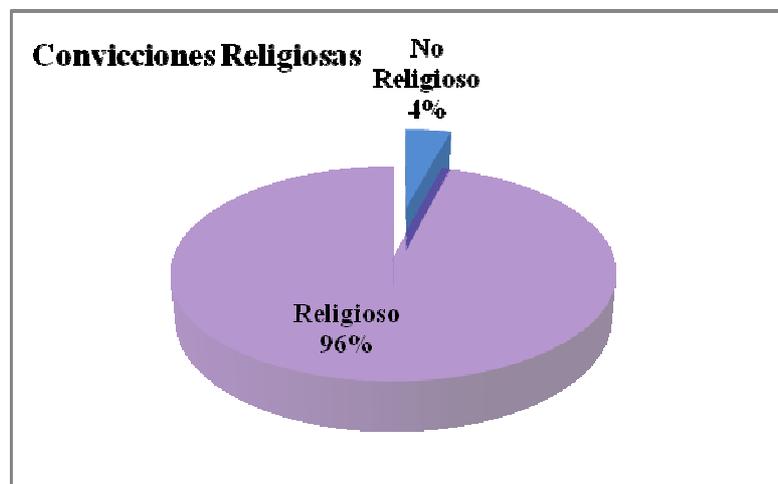
Se verifica que las profesiones más representativas son las de Operarios con un 30,6%, seguido de las profesiones intelectuales y científicas con un 19,8%.

Analizando la distribución profesional y el sexo, existe una concordancia del número de mujeres con más formación, con un porcentaje superior de mujeres que ocupan estas

profesiones donde se incluyen por ejemplo las asistentes sociales, las profesoras y educadoras con un porcentaje del 24,1%.

No obstante, en el grupo de las mujeres las profesiones más representativas son las que se incluye al personal administrativo (24,1%), con profesiones como secretarias, y Operadores de fábricas (25%). En cuanto al grupo de los hombres las profesiones más representativas son las de Operarios, Artesanos y Trabajadores Afines, que incluyen carreras de Carpintería, Cerrajería, entre otros, con un porcentaje del 35,4%. Los profesionales de los servicios de hostelería y vendedores representan la segunda categoría con mayor representatividad en los hombres (24,2%). Es importante añadir que existen un 7% de personas desempleadas en la muestra.

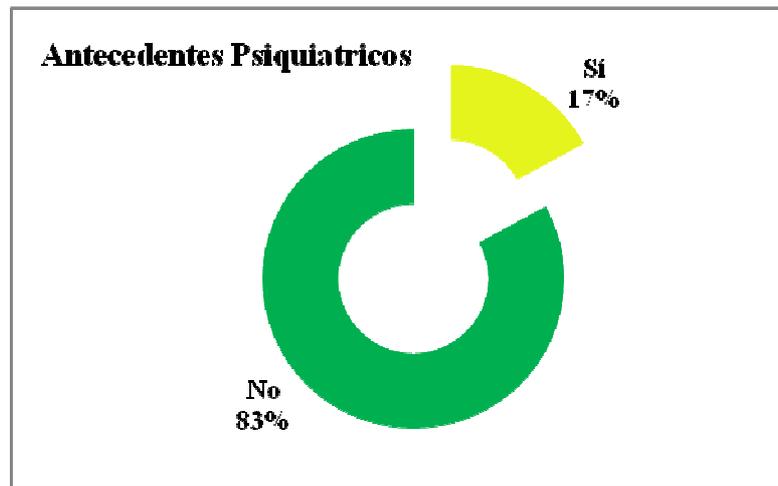
Aludiendo a las principales características socio-demográficas se comprueba que poseen el mismo patrón que la mayoría de parejas portuguesas que buscan ayuda médica especializada para resolver sus problemas de infertilidad (Maia, 2000), y que como nos refiere Gonçalves (2005), son personas caucásicas con más de 30 años de edad, mayoritariamente casadas y con nivel socio-cultural medio alto. Estas características demográficas son consistentes con las poblaciones de otras nacionalidades (Zwick, 2003).



**Fig. 10. - Convicciones religiosas de la muestra (N=212)**

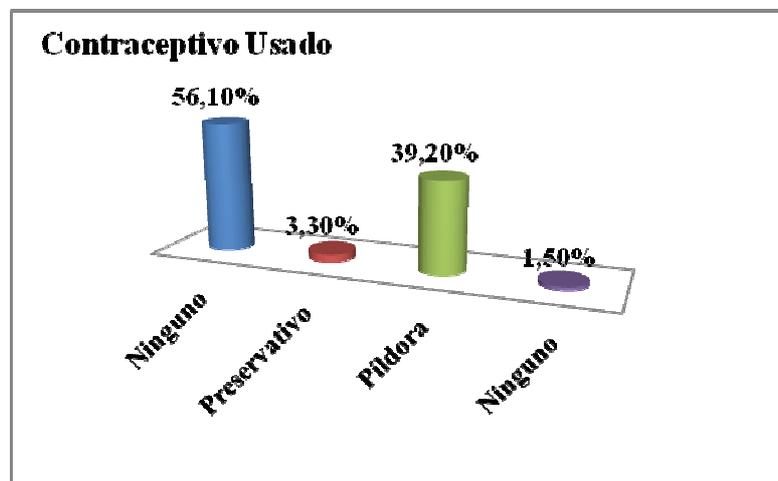
En atención a las convicciones religiosas hay que destacar que la gran mayoría de los individuos son creyentes, como podremos comprobar en la figura 10. Se verifica que el 96% de los individuos entrevistados son creyentes, siendo la confesión religiosa predominante la católica.

Con respecto a los historiales psiquiátricos de los participantes del estudio se evidencia que la gran mayoría no han tenido ninguna patología psiquiátrica (Fig.11).



**Fig. 11. - Antecedentes psiquiátricos de la muestra (N =211)**

El 17% de la muestra tiene historial de psicopatología, sin embargo, todas las situaciones eran referidas a su pasado, es decir, en el momento del estudio nadie estaba recibiendo apoyo psicoterápico o realizando algún tratamiento farmacológico.



**Fig. 12. - Distribución del método contraceptivo (N=212)**

Con respecto a los métodos anticonceptivos usados hasta la decisión de tener hijos podemos observar en la fig.12 la distribución. La mayoría (56%) de las parejas asume que no usaba ninguno método contraceptivo hasta la decisión de tener un hijo, en el 43,9% de individuos que admitían que usaban contraceptivos, la píldora era el contraceptivo más usado con un porcentaje del 39,2%.

Analizando la historia ginecológica de las mujeres, podremos constatar que la gran mayoría (85%) nunca estuvo embarazada (fig.13).

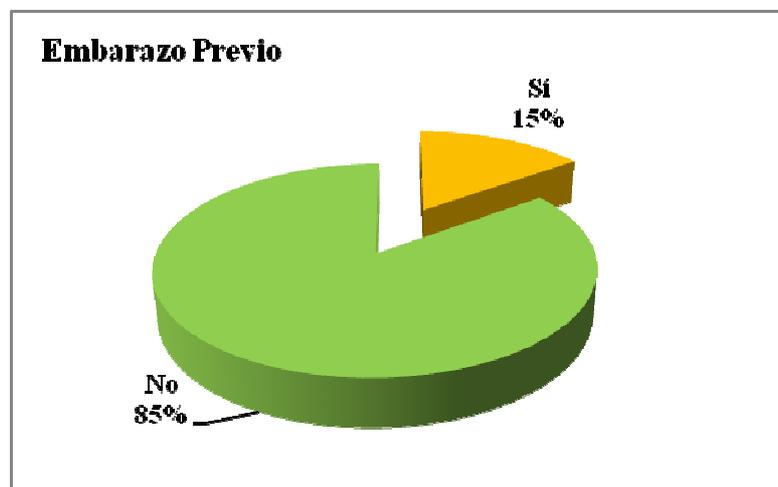


Fig. 13. - Antecedentes de embarazos de la muestra (N=212)

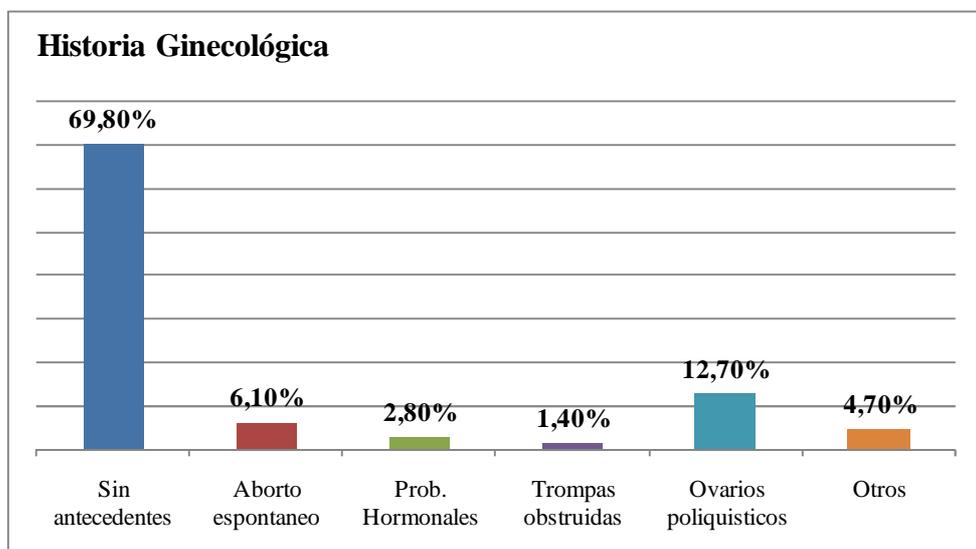
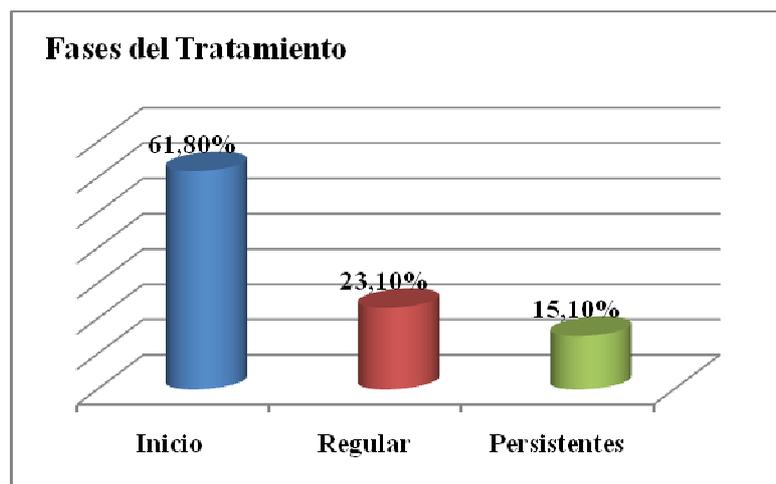


Fig. 14. - Historia ginecológica de la muestra (N=212)

Aunque el 15% de las mujeres habían estado embarazadas, éstas no lograron un embarazo a término, por diversos problemas representados en la figura 14. Entre los problemas ginecológicos presentados por las mujeres se observan la presencia de ovarios poliquísticos (12,7%). En los problemas clasificados como otros (4,7%) tenemos casos de endometriosis, de ovario envejecido o complicaciones en el parto con resultado de muerte fetal.

El tiempo medio transcurrido desde la decisión de tener hijos hasta el momento de la evaluación es de 3,93 años, siendo el tiempo mínimo de medio año y el máximo de 16.

Con relación a la problemática de fertilidad, subdividimos las fases de tratamiento médicos, siguiendo un modelo de análisis biopsicosocial de Gerrity (2001) que propuso la división de las parejas en las siguientes fases de tratamiento, incluyendo aspectos de sus vidas, como el tiempo de diagnóstico y el número de tratamientos médicos realizados, entre otras. Las fases propuestas son las siguientes: *Fase de prediagnóstico; Inicio del tratamiento; Tratamiento regular; Persistentes y Tratamiento concluido.*

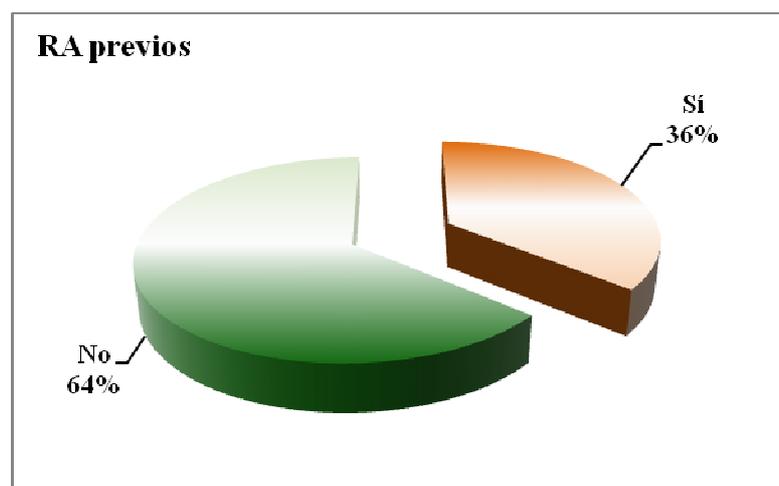


**Fig. 15. - Fases del tratamiento RA de la muestra (N=212)**

No obstante, optamos en nuestra investigación por eliminar a 19 individuos que se

encontraban en la *fase de prediagnóstico*, dado que los sujetos incluidos en esta etapa llevan por lo menos un año sospechando que existe un problema de infertilidad, estando aún en fase de evaluación y por esa razón consideramos que sería mejor no incluirlos. Por otro lado, en nuestro estudio, no encontramos ninguna pareja que después de varios intentos no quieran continuar con los procedimientos médicos o sea que se incluyan en la fase del tratamiento concluido. En la figura 15, presentamos las tres fases del tratamiento:

La mayoría de las parejas (61,8%) se encontraban en la fase inicial del tratamiento, para estos individuos el diagnóstico ya se ha realizado y se ha planificado un proyecto de tratamiento (generalmente existen problemas de fertilidad desde hace un año y el problema médico está identificado). Un 23,1% de las personas se encontraban en la fase del tratamiento regular donde la pareja ya ha realizado más de un tratamiento, ha recurrido a más de un especialista, o ha estado involucrada en tratamientos de dos a cinco años. Por último el 15% de las parejas están con tratamiento persistente, en el que está siendo seguida por médicos especializados hace más de cinco años, presenta múltiples problemas de fertilidad, o infertilidad inexplicable, y ha pasado por varios equipos médicos.



**Fig. 16. - Tratamiento RA previos de la muestra(N=212)**

Con respecto a la existencia de tratamientos RA anteriores podemos apreciar en la Fig.16 que 66 personas ya habían realizado tratamientos RA previos al actual tratamiento, el 62% realizaron tan sólo un ciclo de tratamiento y en el límite tenemos a un 3% de parejas que realizaron nueve ciclos.

Sobre el tratamiento RA actual como se puede apreciar en la siguiente figura la mayor prevalencia es el procedimiento FIV (Fig. 17).

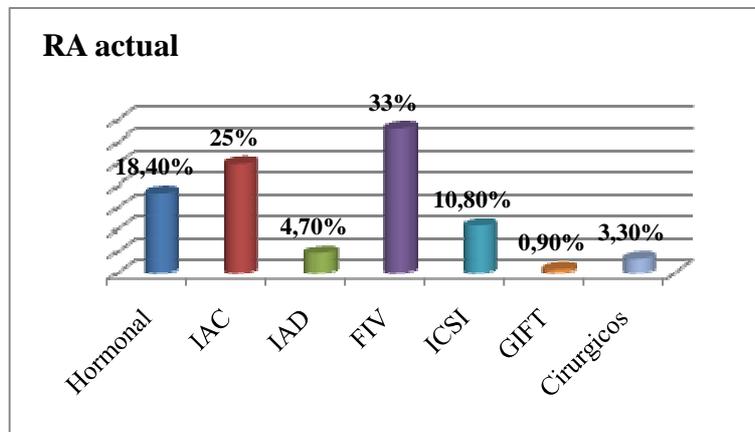


Fig. 17. - Tratamiento actual RA de la muestra (N=212)

Aunque el procedimiento FIV sea lo más frecuente (33,0%), la técnica de inseminación artificial (IA) alcanza un porcentaje muy similar (29,7%) de los que un 4,7% utilizó semen de dador (IAD).

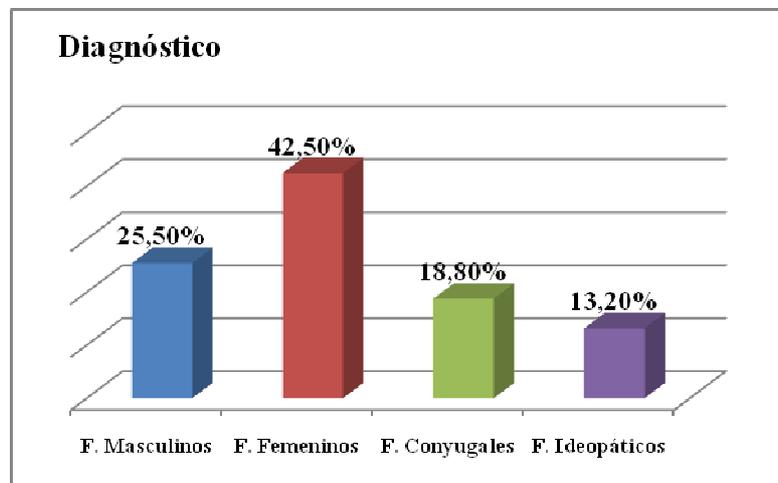


Fig. 18. - Dimensiones de infertilidad de la muestra

Por último analizaremos las parejas que en el momento del estudio ya tenían las causas de infertilidad identificadas (figura 18). En el 42,5% la causa de infertilidad era femenina, un 25,5% masculinas y un 18,9% se debían a ambos miembros, es decir, la causa era mixta. Las situaciones de causa desconocida alcanzan al 13% de la muestra.





### 7.1.-Resultados descriptivos

Todos los datos presentados en este trabajo fueran analizados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 15). El nivel de significancia estadística mínima asumida en los resultados fue de .05 para un nivel de confianza de 95%.

Se utilizaron instrumentos de estadística paramétrica para el análisis de los resultados, dado que la distribución de los datos en todos los factores de los instrumentos utilizados tienen una distribución normal ó casi normal, como hemos comprobado a través del test Kolmogorov-Smirnov (Pereira, 1999; Ribeiro, 2007), lo que nos permitió la utilización de dichos tests paramétricos para la comprobación de las diferentes hipótesis estadísticas que presentamos en el siguiente apartado.

A continuación presentamos los resultados descriptivos de cada instrumento utilizado, empezando por el *Inventario sobre Problemas de Fertilidad* (FPI) (Tabla 1):

**Tabla 1. - Subescalas de Estrés: valores medios y desviación típica en función del sexo**

FPI	Total (N=188)		Mujeres (n=101)		Hombres (n=87)	
	Media	d.t.	Media	d.t.	Media	d.t.
Preocupaciones Sociales	23,01	7,82	23,49	7,95	22,44	7,68
Preocupaciones Sexuales	13,86	5,57	14,51	6,18	13,10	4,69
Preocupaciones de la Relación Conyugal	21,45	8,18	21,34	7,83	21,58	8,62
Rechazo del Estilo de Vida sin Hijos	31,66	6,50	32,04	6,74	31,22	6,23
Necesidad de Parentalidad	41,78	7,74	42,99	7,38	40,39	7,95
Estrés Global	131,76	25,37	134,36	25,54	128,75	24,99

La percepción media de Estrés Global asociado a la vivencia de infertilidad de los

individuos de la muestra es de 131,76 con una desviación típica de 25,37. Las mujeres afrontan la situación de infertilidad como un evento más estresante que los hombres, confirmando las investigaciones efectuadas en este área. En general, las mujeres presentan un valor medio de Estrés Global de 134,36 (d.t.=25,54) mientras que el valor medio de los hombres es de 128,75 (d.t.= 24,99).

Pero al realizar análisis de diferencias de medias o t de Student, con el sexo como variable independiente y cada una de las subescalas del FPI, cuyos resultados se exponen en la tabla 2, observamos que es la dimensión Necesidad de Parentalidad la única que presenta diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 2. - Subescalas de Estrés: diferencias en función del sexo**

Variable	t	g.l.	p
Preocupaciones Sociales	0,91	186	,36
Preocupaciones Sexuales	1,74	186	,08
Preocupaciones de la Relación Conyugal	-0,20	186	,84
Rechazo del Estilo de Vida sin Hijos	0,85	186	,39
Necesidad de parentalidad	2,32	186	,02**
Estrés Global	1,50	186	,13

Así pues, se verifica que las mujeres presentan valores más elevados de percepción de estrés en la dimensión Necesidad de Parentalidad, con un valor medio de 42,99 (d.t. = 7,38) mientras que los hombres obtienen un valor medio de 40,39 (d.t. = 7,95).

Este resultado podría explicarse por la mayor identificación con el rol parental del sexo femenino, en donde el rol parental se percibe como esencial y principal en la vida de éstas. Incluso, es un hecho culturalmente establecido, desde la más remota antigüedad que las representaciones de la maternidad están asociadas al papel femenino, al mito de la

madre perfecta. La repercusión de la situación de infertilidad en la mujer puede ser insoportable cuando se cree que la maternidad es innata, convirtiéndose en parte de su ciclo vital (Azevedo & Arrais, 2006). En este sentido se comprende que las mujeres que valoran mucho el rol materno, e incluso, en quienes su desarrollo y realización personal están centrados en esta función materna, cuando se plantea la posibilidad de no concretizar este proyecto, deriva en una manifestación de estrés aumentado (Leal, 2001).

Newton et al. (1999) coinciden con nuestros resultados cuando advierten que las mujeres habitualmente, experimentan la infertilidad de forma más estresante, especialmente en el nivel de Estrés Global, pero también en el estrés derivado de las Preocupaciones Sociales, las Preocupaciones Sexuales y en la Necesidad de Parentalidad. Además, el factor de necesidad de parentalidad y el rechazo del estilo de vida sin hijos son considerados por estos autores como factores de riesgo para la depresión cuando el tratamiento RA falla.

Peterson, Newton, Rosen y Skaggs (2006), en un trabajo donde querían identificar las diferencias entre hombres y mujeres en la forma de afrontamiento de una situación de infertilidad (520 mujeres y 506 hombres) de la misma forma, encontraron diferencias estadísticamente significativas en cómo los elementos de las parejas perciben el estrés asociado a una vivencia de infertilidad, obteniendo las mujeres valores medios superiores en todas las subescalas del FPI. Los autores proponen una asociación entre el aumento de la percepción de estrés y el recurso de estrategias de afrontamiento desajustadas.

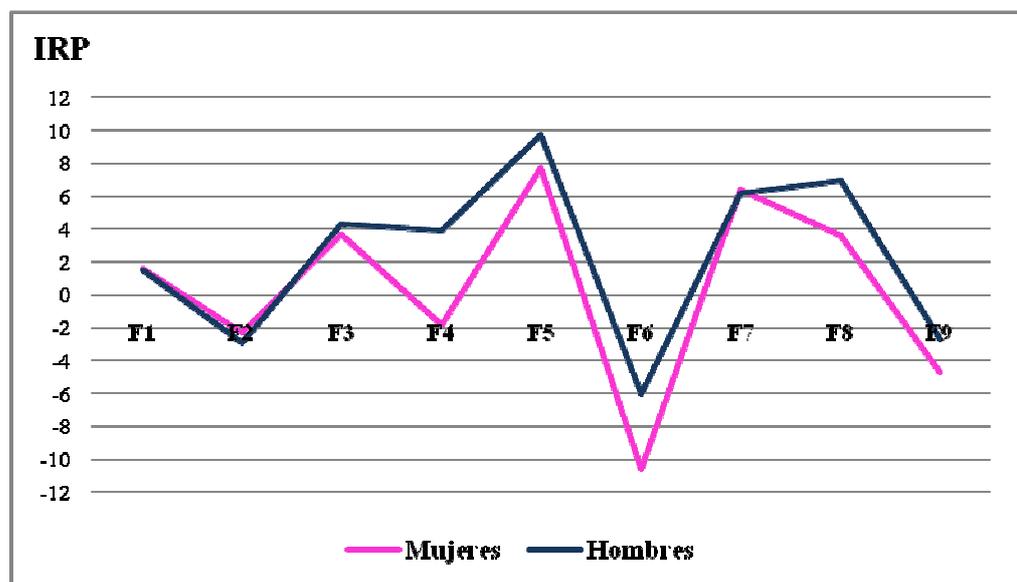
Análogamente, en un estudio de Slade, O'Neil, Simpson y Lashen (2007), procuraron describir los niveles de estigmatización de patrones de divulgación y de soporte social y su impacto en la percepción de estrés asociado a la vivencia de infertilidad y al nivel de sufrimiento emocional en parejas que solicitaron ayuda

especializada. Los resultados del estudio con 87 mujeres y 64 hombres indican que en general las mujeres reportaran valores medios en todas las subescalas del FPI estadísticamente superiores que los hombres, excepto en la dimensión Rechazo del Estilo de Vida sin Hijos. Los autores sugieren que el valor de estrés global más significativo en las mujeres estaba asociado a mayor percepción de la situación de infertilidad.

La ausencia de diferencias significativas en las restantes dimensiones en nuestra investigación, que contrasta con lo que ocurrió en las investigaciones anteriores, tal vez se podría justificar por lo que los autores de la escala atribuyen a la congruencia entre los elementos de la pareja (Peterson, Newton & Rosen, 2003). Esta congruencia conyugal evidencia una concordancia entre los dos elementos en lo que se refiere al significado del estrés y su aparición en función de la atribución común del nivel de severidad de la situación. Cuando las parejas deciden recurrir a tratamientos de RA, normalmente se les ofrece una oportunidad de hablar sobre el significado de la infertilidad que podría derivar en una convergencia en la percepción del estrés entre las parejas portuguesas que fueron evaluadas.

En relación a la utilización de las estrategias de afrontamiento de la muestra, obtenidas por los resultados en el *Inventario de Resolución de Problemas* (IRP), podremos afirmar que los resultados siguen una distribución normal. Obtuvimos un valor medio del IRP Total de 156,07 con un 9,71 de desviación típica, valor éste superior al valor normativo de la escala que es de 153,81 (d.t.= 16,42). Calculando el valor de nota Z, obtenemos un valor superior a dos lo que traduce, en general, que los participantes en nuestra investigación recurrieron a más estrategias de afrontamiento globales que la población de referencia de la escala. Cuando son analizadas las estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres y varones en todas las subescalas del inventario,

comparando con la población de referencia de la escala (calculando una vez más el valor de nota Z) encontramos diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas con excepción de la primera, Petición de Ayuda (F1). En la figura 19 podremos observar el perfil de utilización de las estrategias de afrontamiento entre mujeres y hombres comparando con los valores de la población de referencia (obtenidos por el cálculo de puntuaciones Z).



**Fig. 19. - Comparación en puntuaciones Z del IRP con la población de referencia**

Se puede observar que los individuos de la muestra recurrieron, en general, a más estrategias de afrontamiento pasivas que la población de referencia del inventario, concretamente la mayor fue el Abandono Pasivo Frente a la Situación, la Agresividad Interiorizada/Exteriorizada, la Autoculpabilización y Miedo a las Consecuencias y las Estrategias de Control de las Emociones. La estrategia de Control Interno/Externo de los Problemas también fue estadísticamente superior, pero sólo en los varones. Como es lógico, los individuos de la muestra recurrieron a menos estrategias de afrontamiento activas, obteniéndose significancia estadística en las siguientes subescalas: Afrontamiento y Resolución Activa de los Problemas, Actitud Activa de no Interferencia en la Vida

Cotidiana por los Acontecimientos y en el Afrontamiento del Problema y Planificación de la Estrategia. Podemos decir que aunque los integrantes de la muestra recurran a estrategias de afrontamiento, no siempre éstas son las más eficaces cuando tienen que enfrentarse con un problema tan delicado como es la situación de infertilidad. Estudios recientes resaltan la importancia del manejo de estrategias apoyando la idea de que las que generalmente son consideradas como ineficaces son las de pasividad, por ejemplo, la evitación del problema ó la no aceptación de la responsabilidad sobre la capacidad para solucionarlas dificultades. Cuando los individuos infértiles recurren a ellas las consecuencias a nivel del desajuste psicológico más frecuentemente referenciadas en la literatura son las manifestaciones de ansiedad y/o depresión y la desesperanza (Moreno & Guerra-Díaz, 2008).

**Tabla 3. - Subescalas de las Estrategias de Afrontamiento: valores medios en función del sexo**

IRP	Mujeres (n=108)		Hombres (n=94)	
	Media	d.t.	Media	d.t.
Pedido de Ayuda	17,53	3,1	17,8	3,4
Afrontamiento y Resolución Activa de los Problemas	23,9	2,9	23,9	3,2
Abandono Pasivo Frente la Situación	13,7	1,6	13,7	1,5
Control Interno/Externo de los Problemas	31,8	4,7	33,2	3,8
Estrategias de Control de las Emociones	18,1	1,9	18,3	1,8
Actitud Activa de No Interferencia de la Vida				
Cotidiana por los Acontecimientos	11,6	1,7	12,1	2,1
Agresividad Interiorizada/Exteriorizada	9,7	.6	9,7	.6
Autoculpabilización y Miedo a las Consecuencias	17,4	2,2	17,7	1,8
Afrontamiento del Problema y Planificación de la Estrategia	10,9	1,8	11,1	1,9
IRP Total	154,7	10,2	157,7	8,9

Quando analizamos los perfiles de utilización de estrategias de afrontamiento de los

individuos de la muestra por sexo, vemos en la Tabla 3, que encontramos resultados semejantes en los valores medios entre los dos elementos de la pareja.

Ante el problema de la infertilidad tanto el hombre como la mujer adoptan los mismos sistemas y estrategias de afrontamiento. No obstante, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión del Control Interno/Externo de los Problemas y en el IRP, como se puede observar en la tabla 4.

**Tabla 4. - Subescalas de las Estrategias de Afrontamiento: diferencias en función del sexo**

<b>Variable</b>	<b>t</b>	<b>g.l.</b>	<b>p</b>
Pedido de Ayuda	-,498	200	.62
Afrontamiento y Resolución Activa de los Problemas	-,102	200	.92
Abandono Pasivo Frente la Situación	-,258	200	.79
Control Interno/Externo de los Problemas	-2,26	200	.02**
Estrategias de Control de las Emociones	-,723	200	.47
Actitud Activa de No Interferencia de la Vida Cotidiana por los Acontecimientos	-1,79	200	.07
Agresividad Interiorizada/Exteriorizada	,265	200	.79
Autoculpabilización y Miedo a las Consecuencias	-1,28	200	.20
Afrontamiento del Problema y Planificación de la Estrategia	-,932	200	.35
IRP Total	-2,200	200	.02**

Estas diferencias estadísticamente significativas en la dimensión del Control Interno/Externo de los Problemas en que las mujeres presentan un valor medio de 31,8 (d.t. 4,7) y los hombres de 33,2 (d.t. 3,8); y en el IRP Total, con valores medios de 154,6 (d.t. 10,2) para las mujeres y de 157,6 (d.t. 8,9) en varones, según Vaz-Serra (1999), se podría traducir como una mejor adaptación de los varones ante la situación vital por la que atraviesan. Pero si analizamos el recurso en cada subescala, para la mejor comprensión del fenómeno y de las respectivas implicaciones al nivel de su ajustamiento psicológico,

algunos estudios parecen apuntar hacia una diferenciación clara entre los elementos de las parejas (Gibson & Myers, 2000) con respecto a las estrategias a las que recurren en la infertilidad. Se sugiere que las estrategias centradas en las emociones son habitualmente más utilizadas por las mujeres, por ejemplo expresando el sufrimiento emocional vivido, buscando apoyo social, evitando o evadiendo el problema, o con estrategias de distracción destinadas a reducir la tensión provocada por el agente estresante (Jordan & Reverson, 1999; Leal & Pereira, 2005). Por el contrario, en los hombres los recursos se orientan más hacia la búsqueda de la resolución centrada en los problemas, distinción ésta que ya fue subrayada en la población fértil (Jordan & Reverson, 1999; Leal & Pereira, 2005). Los hombres, según Gibson y Myers (2000) indican que sienten el mismo sufrimiento emocional que las mujeres, pero varían en lo referente a la intensidad y duración. Tames et al. (2002) señalan, en su investigación, que los hombres presentaban una mayor tendencia para el recurso de estrategias centradas en los problemas y al aislamiento y las mujeres tendían a buscar más apoyo social y a utilizar más estrategias de evasión.

Este perfil de utilización de las estrategias de afrontamiento no está tan marcado en nuestra investigación pues cuando comparamos el perfil de estrategias de afrontamiento adoptados por mujeres y hombres las estrategias empleadas son bastante semejantes. Esto tal vez se pueda justificar por la valoración relativamente semejante del suceso estresante entre los elementos de la pareja, como vimos anteriormente por la elevada congruencia entre los cónyuges ante la percepción de estrés asociada a la vivencia de infertilidad. En este sentido, es posible que la eventual manifestación de desajustamiento emocional evidenciado por los individuos de la muestra se pueda deber a las diferencias en el manejo de la situación de infertilidad.

Para finalizar con los descriptivos de la batería de instrumentos utilizada, exponemos

los resultados obtenidos usando la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Los valores medios de Depresión Global de la muestra es de 3,2 (d.t.=3,4) y de Ansiedad Global de 5,8 (d.t.= 3,8). Atendiendo a que el punto de corte del instrumento es el ocho, podremos decir que globalmente los individuos de la muestra no alcanzan valores medios clínicos significativos. En este sentido, atendiendo a que los valores en depresión son relativamente bajos optamos por referirnos a un estado de ánimo depresivo. En la tabla 5 siguiente podremos observar la distribución en función del sexo.

**Tabla 5. - Subescalas del HADS: valores medios en función del sexo (N=206)**

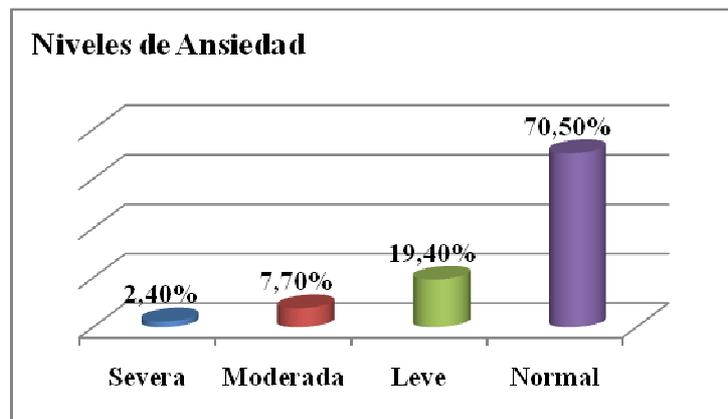
HADS	Mujeres (n= 110)		Hombres (n=96)	
	Media	d.t.	Media	d.t.
Depresión	3,6	3,5	2,7	3,3
Ansiedad	6,6	4,2	4,8	3,1

Si realizamos análisis de diferencia de medias en función del sexo, existen valores medios más elevados en las mujeres pero sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas en la manifestación de ansiedad siendo los valores más elevados en las mujeres (*Media* mujeres = 6,6; d.t. = 4,2; *Media* hombres = 4,8; d.t. = 3,1) (tabla 6):

**Tabla 6. - Subescalas del HADS: diferencias en función del sexo (N=206)**

Variable	t	g.l.	p
Valores globales Depresión	1,81	204	,071
Valores globales Ansiedad	3,45	204	,001**

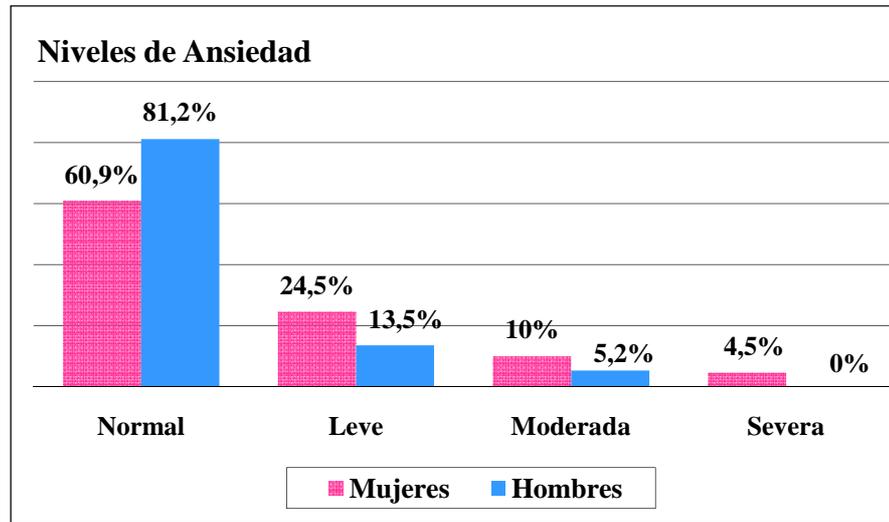
Estos valores medios de ansiedad y depresión en el HADS aunque no alcanzan valores clínicos siguen la tendencia epidemiológica para la sintomatología en esta población, tal como Lord y Robertson (2005) encontraron en sus estudios. La Organización Mundial de la Salud, advierte que los problemas de infertilidad pueden aumentar el riesgo de síndromes afectivos o ansiosos, con mayor incidencia en la población femenina (WHO, 2002; Hardy & Makuch, 2002). Algunos estudios entre la población infértil femenina han corroborado esta afirmación encontrando cuadros ansiosos y depresivos (Matsubayashi et al., 2004), baja autoestima, sentimientos de culpa, desesperanza y hostilidad (Palacios & Jadresic, 2000; Hardy & Makuch, 2002; Leal & Pereira, 2005). Slade et al. (2007) también refieren puntuaciones medias de ansiedad y de depresión en el HADS muy semejantes a los valores medios de nuestros participantes, aunque encontraron diferencias significativas tanto en la depresión como en la ansiedad. El análisis cualitativo según el nivel de la manifestación de ansiedad en la muestra estudiada está en la Fig. 20.



**Fig. 20. - Niveles de Ansiedad de la muestra (N=206)**

El 70,5% de los participantes alcanzan valores normales de ansiedad, un 19,4% presentan niveles leves, el 7,7% de los sujetos ya presentan ansiedad moderada y tan sólo un 2,4% exhiben ansiedad severa. En la figura 21 podremos verificar los porcentajes de

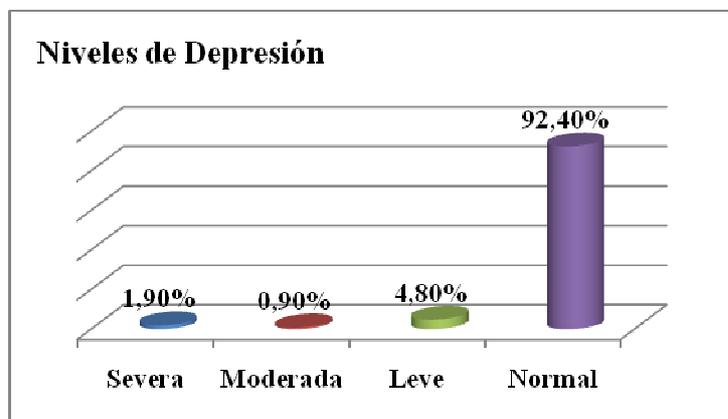
los niveles de ansiedad por sexos.



**Fig. 21. - Niveles de Ansiedad por sexos**

Se verifica que el porcentaje de manifestación de ansiedad en los valores más elevado es más expresivo en las mujeres, sumando un total de un 39% que manifiesta algún grado de sintomatología ansiosa, contrastando con 18,7% evidenciada en los varones, y resaltando la circunstancia de que ningún varón obtuvo puntuación en la mayor severidad de la escala.

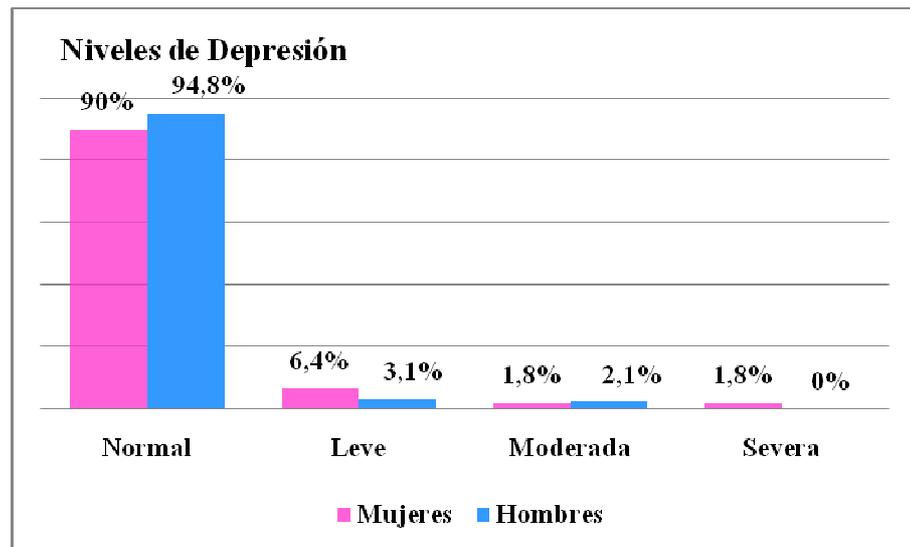
Análogamente, en la figura 22 se reflejan los datos relativos a la distribución del nivel de la depresión en los individuos estudiados.



**Fig. 22. - Niveles de Depresión de la muestra**

Podemos verificar que un 92,4% de los participantes tiene valores normalizados en su estado de ánimo y solamente un 7,6% presentan manifestaciones clínicas de depresión (Leve 4,8%, Moderada 0,9% y Severa 1,9%), lo que corresponde a un estado de ánimo depresivo.

En la figura 23 se representa la distribución de los niveles de la depresión por sexos:



**Fig. 23. - Niveles de Depresión por sexos**

Como podemos observar, la manifestación de depresión es menos evidente y no existen tantas diferencias en términos de la distribución por sexos. Pero, en las mujeres un 10% obtiene manifestación clínica de depresión contrastando con el 5,2% de los hombres. Además, no hay registro de ningún hombre con sintomatología severa de depresión.

La variabilidad en el estado de ánimo depresivo también presente en otras investigaciones (Lord & Robertson, 2005), se podría explicar por los miedos y celos hacia los procedimientos médicos característicos en la fase de tratamiento que la mayoría de las parejas está siguiendo, que les introduce, no pocas veces, en una necesidad de enmascarar los sentimientos negativos durante las fases activas de los tratamientos, pudiendo éstos resurgir cuando el test de gravidez es negativo, o sea, cuando los

tratamientos fallan, lo que confirmaba explícitamente Suarez (1990).

También Faria (1990) y Cudmore (2005) aseguran que en el inicio del tratamiento el sentimiento de optimismo es elevado, la pareja se siente muy motivada para el mismo y consideran las posibilidades de fracaso nulas. Incluso es frecuente, una fase de expectativa positiva después del éxito en el proceso de transferencia embrionaria, donde las parejas ven por un lado aumentar sus preocupaciones y ansiedades pero con un optimismo controlado. Este grado de optimismo y de esperanza es muchas veces registrado en el transcurso de las entrevistas, especialmente de las mujeres, que exhibían elevados índices de confianza en cada inicio de un nuevo ciclo de tratamientos.

Algunos estudios tientan identificar las variables que puedan intermediar y justificar la presencia de niveles de desajuste en parejas infértiles. Un estudio de Fassino, Pierò, Boggio, Piccioni y Garzaro (2002) comparó los niveles de ansiedad y depresión dependiendo del tipo de diagnóstico de infertilidad: los autores compararon los resultados de 114 parejas fértiles con 82 parejas infértiles divididas en dos grupos, uno de infertilidad orgánica y otro de infertilidad funcional (sin ninguna causa identificada de su infertilidad). Tanto en hombres como en mujeres del grupo de parejas fértiles no obtuvieron valores clínicos de ansiedad ni de depresión. Con respecto a las parejas infértiles, las mujeres en comparación con los varones obtuvieron valores medios más elevados de ansiedad y de depresión (leve), siendo más expresiva la manifestación de ansiedad en el grupo de infertilidad funcional (ansiedad severa). Los autores sugieren que la diferencia de los resultados entre hombres y mujeres podrá deberse al mejor manejo de estrategias de afrontamiento y consecuentemente al mejor ajustamiento psicológico en los varones.

Con respecto a las diferencias encontradas entre los dos grupos de mujeres infértiles, los autores proponen que las mujeres con infertilidad funcional presentan mayor

vulnerabilidad a los estresores relacionados con la concepción, manifestando con mayor expresividad reacciones fóbicas y ansiosas y enfermedades psicosomáticas. Esto nos hace pensar que en las mujeres que tienen un diagnóstico ya determinado están muy centradas en el proceso en sí mismo y la enorme implicación de todos los procedimientos médicos parece reforzar la creencia en el mantenimiento de los rituales para la disminución de la ansiedad, pudiendo estas mujeres aproximarse peligrosamente al extremo del comportamiento ansioso por la vía de las obsesiones y compulsiones.

En un estudio de Emery et al. (2003) los autores evaluarán 282 parejas infértiles distribuidos en grupos conforme habían o no recibido apoyo psicológico en dos momentos distintos: un mes antes del inicio del tratamiento FIV; y seis semanas después de la transferencia embrionaria. Los autores encontraron valores de ansiedad estado y de depresión en todos los grupos estudiados y en los dos momentos de evaluación. No obstante, las puntuaciones de las mujeres, tanto en ansiedad como en depresión, fueron más elevadas en los hombres.

Los porcentajes relativamente reducidos de manifestación psicopatológica en la muestra estudiada, coincidente con otras investigaciones, se podrían explicar por una incoherencia no infrecuente en el momento de la entrevista, en donde los sujetos manifiestan fuertes sentimientos de nerviosismo, pero cuando se les aplican instrumentos de medida estándares, tanto hombres como mujeres, tienden a negar la presencia de sintomatología psicopatológica. Este hecho, tal como afirmaron Ponjaert-kristoffersen y Baetens (1999) y Edelman y Connolly (2000) podría justificarse en la resistencia por parte de estas parejas a admitir dichos sentimientos por miedo a que les alejen de los tratamientos médicos, sobre todo en los centros hospitalarios públicos donde las condiciones para aplicar los programas son cada vez más exigentes o, como vimos

anteriormente, porque están tan esperanzados en el éxito del tratamiento que ni siquiera admiten la posibilidad de manifestación de tales sentimientos negativos, que pudieran conllevar a resultados desfavorables, y este es un riesgo que los individuos no están dispuestos a asumir.

Además, tal como fue presentado en el estudio de Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard y Verres (2001) sobre las características psicológicas de las parejas infértiles alemanas, los autores identificaron una presencia substancial de ansiedad, depresión y somatización en las mujeres estudiadas en contraste con la población de referencia. Sin embargo, se comprueba la “des-psicopatología” de las parejas infértiles a pesar de la evidente presencia de un subgrupo de elementos que presentan sufrimiento emocional, tal como sucede en nuestra investigación, y que justifican la intervención psicológica a este grupo de individuos.

Para terminar el análisis descriptivo de los instrumentos, efectuamos un análisis adicional donde evaluamos la manifestación de la ansiedad y de la depresión en función del nivel de congruencia relativa (diferencia de hasta 3 valores entre las puntuaciones de la pareja), en las dimensiones del FPI, tal como propusieron Peterson et al. (2003).

**Tabla 7. - Subescalas del HADS: diferencias en función del nivel de congruencia en las Preocupaciones Sociales del FPI**

<b>Variable</b>	<b>t</b>	<b>g.l.</b>	<b>p</b>
Depresión	-2,24	84	,028**
Ansiedad	-1,05	84	,293

A continuación, presentamos las dimensiones en las que obtuvimos significancia estadísticas. Una de ellas es el nivel de la percepción de estrés asociado a las

Preocupaciones Sociales que en las parejas congruentes presentan valores más elevados de depresión ( $t_{(84)} = -2,24$ ;  $p_a = .028$ ) (tabla 7). Cuando realizamos la misma valoración pero con la ansiedad y no se obtuve diferencias estadísticamente significativas.

Se verifica que las parejas congruentes con el nivel de Preocupaciones Sociales manifiestan valores más elevados de depresión que aquellas que no valoran el estresor con la misma importancia (*Media* incongruentes = 3,12; d.t.=3,2; *Media* congruentes = 4,86; d.t.=3,7) siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

De la misma forma, encontramos diferencias también en la dimensión del FPI de Preocupaciones de la Relación Conyugal (tabla 8).

**Tabla 8. - Subescalas del HADS: diferencias en función del nivel de congruencia con las Preocupaciones de la Relación Conyugal del FPI**

Variable	t	g.l.	p
Depresión	1,86	84	,065
Ansiedad	2,47	84	,016**

Al contrario que en la dimensión anterior, las parejas que presentan valores discrepantes entre los elementos en relación a las Preocupaciones de las Relación Conyugal presentan valores más elevados de depresión (*M* incongruentes = 4,28; d.t. = 3,5; *M* congruentes = 6,11; d.t. = 3,2), e igualmente valores más elevados de ansiedad (*M* incongruentes = 7,39; d.t. = 4,3; *M* congruentes = 5,24; d.t. = 3,2). Sin embargo la diferencia entre estos grupos es estadísticamente significativa tan solo en la ansiedad (tabla 8).

En términos globales se puede decir que existe una elevada congruencia conyugal entre los elementos de las parejas con respecto a la valoración del estrés asociado a la

vivencia de infertilidad. Esta congruencia, coincidente con la afirmación de Peterson et al. (2003), posee un efecto en la depresión y en el ajuste marital. En nuestra investigación, las parejas congruentes con el nivel de preocupaciones sociales presentan valores más elevados de depresión. O sea, la mayor sensibilidad de estas parejas a su infertilidad genera habitualmente sentimientos de aislamiento y de alienación de la familia y de sus pares, todo ello cuando es vivenciado de manera semejante por los dos elementos de la pareja parecen aumentar la sintomatología depresiva.

Por el contrario, las parejas incongruentes en la dimensión de Preocupaciones de la Relación Conyugal presentan valores más elevados de ansiedad, lo que parece indicar que las dificultades de comunicación en la pareja, particularmente en las dificultades para hablar de la infertilidad con el cónyuge, vienen a aumentar la sintomatología ansiosa seguramente porque potencian las preocupaciones sobre el impacto de la infertilidad en la propia relación. Como nos dice Gerrity (2001), cuando los individuos eligen un compañero sus cualidades como futuros progenitores son analizadas y una situación de infertilidad hace que deba realizarse una reevaluación. La ausencia del hijo puede ser el equivalente, según Relvas y Lourenço (2001), a la disolución de la pareja, o asumir que la pareja nunca existió y, naturalmente, hace aumentar la sintomatología ansiosa en las parejas estudiadas.

Sin embargo, el trabajo de investigación de Peterson (2000), donde se estudió el impacto del nivel de congruencia de la percepción de estrés asociado a la vivencia de infertilidad en 500 parejas infértiles del Canadá y su efecto en la depresión y en la satisfacción conyugal, obtuvieron unos resultados relativamente diferentes a los nuestros. Aquellos autores encontraron una asociación entre la incongruencia de la percepción de estrés y el aumento de la sintomatología depresiva en las dimensiones sociales, sexual y del relacionamiento conyugal. Estas diferencias encontradas entre las investigaciones

pueden justificarse por las diferencias culturales así como por los momentos de evaluación que se realizaron en fases distintas. El trabajo de Peterson (2000) evaluó las parejas tres meses antes del inicio del primero ciclo FIV, mientras que en nuestro trabajo tenemos varias fases del tratamiento RA representadas, con 61,8% en la fase inicial del tratamiento, 23,1% en tratamiento regular y 15% las parejas con tratamiento persistente. Todo ello, apoya la necesidad de evaluar a las parejas al largo del tiempo, pues los sentimientos de los individuos van ajustarse ó no a las referidas etapas distintas de los procedimientos médicos.

En lo apartado siguiente pasamos a presentar los resultados inferenciales de nuestra investigación en un intento de mejorar el nivel de conocimiento de esta compleja problemática en parejas portuguesas.



## 7.2.-Resultados inferenciales

La hipótesis primera, tenía el siguiente enunciado:

*La percepción de estrés asociado a la vivencia de la infertilidad incrementa la sintomatología ansiosa y depresiva.*

Para comprobarla se realizan sucesivos análisis de varianza o ANOVAS de un factor de efectos fijos (las subescalas de estrés FPI, previamente categorizadas en función de los percentiles 25 y 75, obteniéndose tres grupos, bajo, medio y alto) y, como variable de medida las puntuaciones de la sintomatología obtenidas a través del HADS, en primer lugar en ansiedad y, de seguida, en depresión.

Con respecto a los resultados sobre la ansiedad, los resultados indican que existe efecto del factor Preocupaciones Sociales sobre la ansiedad ( $F_{(2,188)} = 12,68$ ;  $p_a = .0001$ ). En la figura 24 se expone el sentido del efecto:

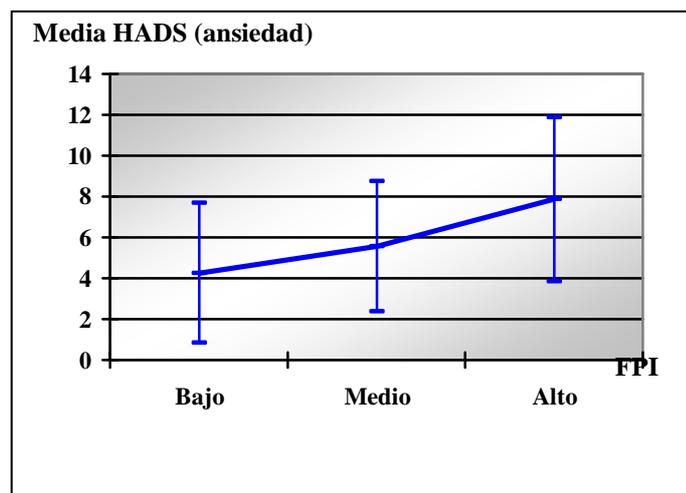


Fig. 24. - Preocupaciones Sociales y Ansiedad

Los análisis a posteriori con la F de Scheffé indican que las diferencias se encuentran entre los grupos extremos, así como entre las puntuaciones medias con las puntuaciones altas (tabla 9).

**Tabla 9**  
**Análisis posthoc del factor P. Sociales**

P. Sociales	P. Sociales	Dif. Medias	Sig.
Bajo	Medio	-1,28	.109
	Alto	-3,59	.0001**
Medio	Alto	-2,30	.002**

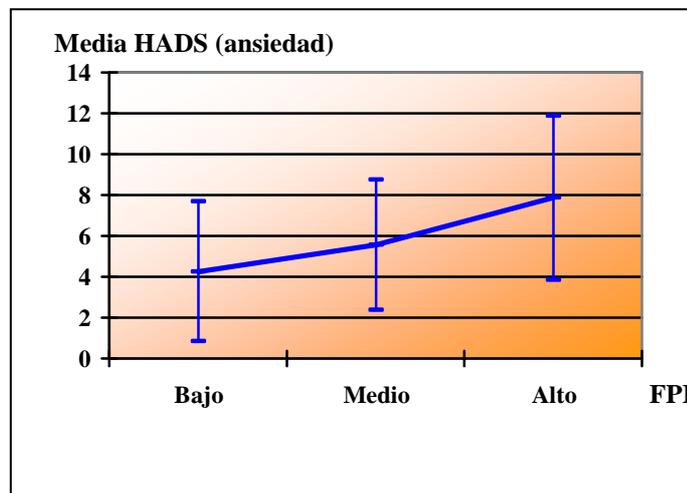
El resultado indica que cuanto mayor es la percepción de estrés asociado a la vivencia de infertilidad debido a las preocupaciones sociales, mayor es la tendencia al aumento del nivel de la ansiedad. O sea, los valores de ansiedad aumentan para los individuos muy sensibles a los comentarios y a los recuerdos sobre su situación de infertilidad, como por ejemplo, la presencia de mujeres embarazadas ó niños en su red social (Newton et al., 1999; Peterson, 2000).

Según Bridges (2005), en su trabajo sobre un abordaje constructivista de la infertilidad propone que la pérdida ambigua o intangible asociada a la infertilidad es frecuentemente desvalorizada en la sociedad y no raras veces, los amigos y familiares no proporcionan el espacio emocional propicio para el proceso de luto de un hijo que nunca ha llegado a existir. En la misma línea de pensamiento, Betz y Thorngren (2006), resaltan que las pérdidas ambiguas como pueden ser las situaciones de infertilidad no son reconocidas, ni legitimadas por la sociedad y tienden a dejar los individuos infértiles sin la comprensión de los otros aumentando así su percepción de estrés.

Lo que parece acontecer en nuestra investigación, es que esta falta de apoyo percibido por el entorno social y los conflictos presentadas en situaciones en que las parejas se ven relacionadas con niños ó con mujeres embarazadas hace aumentar el

sentimiento de alienación de sus pares y la manifestación de algunas dificultades en las actividades sociales que, en última instancia, producen en los individuos de la muestra el aumento exponencial de la manifestación de ansiedad. Al mismo tiempo también parece plausible que algunas interferencias socioeconómicas y laborales puedan interferir en este aumento de ansiedad en nuestra investigación. Como ya hemos comentado, los costos de los tratamientos son muy elevados, incluso en los servicios públicos, exigiendo un esfuerzo muy significativo en la dinámica familiar, incluso hay que tener en cuenta, que tenemos un siete por ciento de individuos desempleados en nuestros participantes.

A menudo, los individuos no se sienten cómodos para hablar ó para solicitar ayuda a sus familiares y amigos, así un estudio de Palacios, Jadresic, Palacios, Miranda y Domínguez (2002) refieren que se evidencia que parte de las parejas no solicitan ayuda a sus familiares y amigos, y que un pequeño porcentaje de ellas recurren a préstamos bancarios para poder cumplir con los tratamientos, otras parejas admiten que tienen que trabajar más para sobrellevar los costos. Naturalmente, esta acentuación de estresores sociales y socioeconómicos pueden intensificar la manifestación de sintomatología ansiosa en nuestra investigación.



**Fig. 25. - Preocupaciones Sexuales y Ansiedad**

En la dimensión sobre Preocupaciones Sexuales los resultados indican que también existe efecto del factor sobre la ansiedad ( $F_{(2,188)} = 8,26$ ;  $p_a = .0001$ ). En la figura 25 se expone el sentido del efecto.

Los análisis a posteriori con la F de Scheffé indican que las diferencias se encuentran de nuevo entre los grupos extremos, puntuaciones menores y mayores, y también entre las puntuaciones medias y las puntuaciones mayores (tabla 10):

**Tabla 10**  
**Análisis posthoc del factor P. Sexuales**

P. Sexuales	P. Sexuales	Dif. Medias	Sig.
Bajo	Medio	-1,37	.084
	Alto	-3,03	.0001**
Medio	Alto	-1,66	.046**

Podemos verificar que se asiste a un aumento proporcional de la manifestación de la sintomatología ansiosa a medida que aumentan las preocupaciones a nivel sexual. Es decir, la pérdida del placer en las relaciones sexuales y el sentimiento de disminución de la autoestima sexual provocado por la fuerte presión a nivel de estas relaciones, vienen a amplificar la sintomatología ansiosa en los participantes del estudio coincidiendo con los resultados de algunas investigaciones internacionales (Newton et al., 1999; Peterson, 2000).

La sexualidad y la actividad sexual representan una combinación única entre la expresión física, emocional y social que según Burns (1999) aproxima los vínculos entre las personas. La experiencia agradable de los contactos sexuales en las parejas infértiles, deja de asumir esta forma de comunicación de intimidad y de partición de sentimientos

para adquirir una única y exclusiva función la de la procreación. La relación sexual ahora asumida como una función de tarea u obligación en concebir, disminuye acentuadamente el carácter placentero de la actividad sexual que encontramos en los participantes de nuestra investigación coincidente con González y Myar (2001) que afirman que para las parejas infértiles las relaciones sexuales emergen como una finalidad exclusiva para la reproducción, generando perturbación y desánimo en los elementos de la pareja. Keye y Burns (1999), sistematizaron el impacto de la situación de infertilidad en las prácticas sexuales, destacando el aumento de la práctica sexual en términos de frecuencia durante el periodo fértil y la acentuada disminución durante la fase lútea, la disminución de la expresividad sexual y, por último, el cambio del rol en la pareja para tomar la iniciativa de iniciar los contactos sexuales.

En el trabajo de carácter longitudinal de Slade, Raval, Buck y Lieberman (1992) los autores reevaluaron las parejas infértiles pasados tres años de acompañamiento en clínicas de fertilidad y en diferentes resultados del tratamiento, o sea, un grupo había permanecido infértil y el otro grupo había logrado un niño biológico a través de los tratamientos. Los autores compararon los valores iniciales a nivel emocional, relación conyugal y satisfacción sexual con los valores de la evaluación follow-up, concluyendo que el funcionamiento psicológico general de las parejas que permanecieron infértiles no había mejorado, empeorando incluso el nivel de satisfacción sexual en todos los elementos estudiados. El trabajo de Norten, Schilling, Couchman y Walmer (2001) en la misma línea verificó en parejas infértiles una acentuada disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales, en la espontaneidad para la sexualidad, para la satisfacción y placer sexual, así como para el interés sexual.

Esta dinámica sexual perturbada por la situación de infertilidad, en algunas parejas

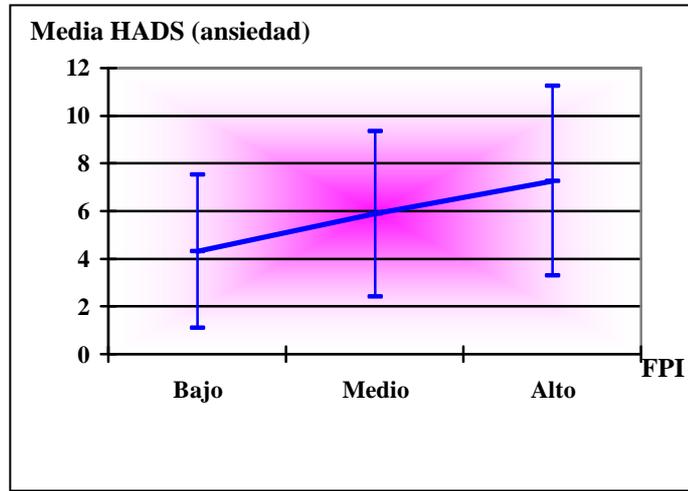
viene a aumentar su percepción de estrés y consecuentemente hace aumentar la sintomatología ansiosa. Estos resultados fueron encontrados también por Álvarez-Díaz (2006), los autores verificaron la afectación de la dimensión del erotismo en el cual incluían los aspectos placenteros y la satisfacción orgásmica, por la simple indicación del equipo biomédico en aumentar la frecuencia de las relaciones sexuales, habiendo registrado en algunos casos la ausencia del deseo sexual y ocasionales disfunciones eréctiles.

Además a lo referente a la práctica sexual con el exclusivo propósito reproductivo, Read (2004) y Cudmore (2005), confirman en sus investigaciones con parejas infértiles, que la presión en la dinámica sexual aliada a un conjunto de procedimientos prescritos por el equipo médico, como son los gráficos de la temperatura, los tests postcoitales y las análisis del semen, vienen a asegurar una especie de rutina sexual muy distante de la espontaneidad y libertad que antes tenían.

En este sentido, naturalmente la manifestación de ansiedad va aumentando a medida que este componente de la vida íntima de las parejas sea valorado como estresante y podremos incluso considerar que el factor tiempo en lo cual los individuos están envueltos podrá justificar esta tendencia para el aumento de desgaste emocional. De esta manera, estas situaciones deben ser cuidadosamente señaladas y tratadas durante los propios tratamientos RA para no asistir a la aparición de disfunciones sexuales que vienen a amenazar la posibilidad de éxito de los tratamientos, como confirmaron González y Myar (2001), como consecuencia del impacto emocional del tratamiento RA, cuando los individuos tienen relaciones independientemente del deseo sexual, como la eyaculación retardada, la eyaculación retrógrada ó disfunción eréctil.

Los resultados con el factor de Preocupaciones de la Relación Conyugal sobre la

ansiedad ( $F_{(2,188)} = 8,70$ ;  $p_a = .0001$ ), son también significativos. En la figura 26 se expone el sentido del efecto:



**Fig. 26. - Preocupaciones de la Relación Conyugal y Ansiedad**

Los análisis a posteriori con la F de Scheffé indican que las diferencias se encuentran entre los grupos extremos, es decir, entre las puntuaciones menores y las mayores, así como entre las puntuaciones bajas con las puntuaciones medias (tabla 11):

**Tabla 11**  
**Análisis posthoc del factor P. Relación Conyugal**

P. R. Conyugal	P. R. Conyugal	Dif. Medias	Sig.
Bajo	Medio	-1,57	.035**
	Alto	-2,97	.0001**
Medio	Alto	-1,39	.107

A nivel de las preocupaciones de la relación conyugal se puede decir que la ansiedad aumenta a medida que surgen los problemas de comunicación entre los elementos de la pareja. Es decir, la incapacidad de hablar abierta y constructivamente sobre la problemática

de infertilidad, o sobre las diferencias naturales sobre el significado de la situación, eleva las preocupaciones sobre el impacto de la infertilidad en la propia relación conyugal (Newton et al., 1999; Peterson, 2000).

Cuando analizamos el nivel de congruencia conyugal entre los individuos de nuestro estudio observamos que en las parejas incongruentes a nivel de la percepción de estrés en esta dimensión se ve aumentado su manifestación de ansiedad. Este hecho advierte que la problemática de la infertilidad no siempre afecta a los dos elementos de la pareja de la misma manera ni simultáneamente, en cuanto un elemento se pueda sentir afectado el otro puede incluso sentirse aliviado, porque finalmente descubre que existe una explicación para que todas las tentativas hayan fallado y pueden ahora reorientar sus objetivos de vida tal como nos demostró la investigación de Fernandes et al. (2006). Las divergencias entre el impacto de la situación de infertilidad en el seno de la pareja fue también expuesto en el trabajo de Gonzalez y Myar (2001), los autores proponen que un elemento puede acusar al otro por no participar equitativamente en el proceso del tratamiento de RA, generando un ciclo de conflictos y tensiones en el matrimonio que podrán justificar el aumento de la sintomatología ansiosa de nuestras parejas.

Aunque se verifique esta tendencia para el aumento de la ansiedad, no en todas las parejas estudiadas existe esta asociación, o sea, para algunas parejas la propia situación de infertilidad, como un momento de crisis de ciclo vital, podrá servir para que los vínculos entre los elementos se fortalezcan, aumentando de esta manera las habilidades de comunicación entre ellos. La decisión de entrar en tratamientos con tantas variables exige a ambos miembros de la pareja un fuerte consenso y en múltiples decisiones que se tienen que tomar y eso puede ser aprovechado para desarrollar sus habilidades comunicacionales. Además, los clínicos también pueden fomentar la expresión de dudas o representaciones

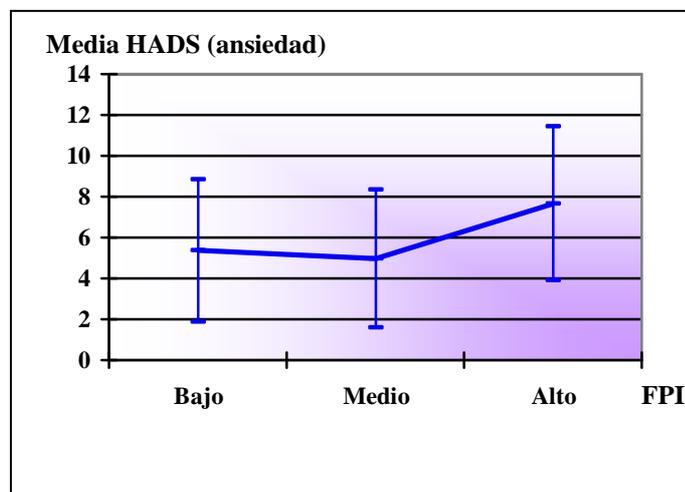
sobre la parentalidad que los individuos solamente se dan cuenta o verbalizan en este contexto. Observamos en la propia situación de investigación que el transcurso de la entrevista psicológica sirvió para que algunas parejas percibieran la importancia de la comunicación entre ellos, sirviendo como momentos de crecimiento. Estos resultados fueron también encontrados en el estudio de Palacios et al. (2002), en el cual las parejas infértiles admitieron que podían hablar libremente con sus compañeros sobre la situación de infertilidad y que se sentían se apoyados entre ellos; los factores que más contribuían para evidenciar los problemas entre las parejas fueron el tiempo de tratamiento y la presencia de sintomatología individual.

Es decir, la situación de infertilidad claramente podrá representar un desafío al matrimonio, para algunas parejas, será la fase inicial de los tratamientos por la constante necesidad de la presencia de los dos elementos en los procesos decisivos. Además a esto se añade el secretismo y el querer mantener el problema en el seno de la pareja. No obstante, con el avance de los tratamientos y los respectivos fracasos, el desgaste podrá venir a empeorar la relación conyugal. En esta línea de pensamiento, se encontraron evidencias paradójicas en la investigación de Oddens et al. (1999) en donde las parejas infértiles indicaron que su relación matrimonial estaba más próxima a pesar de ser menos satisfactoria. Es decir, lo que parece ocurrir también en nuestra investigación, es que aunque los individuos se sienten más cercanos por la imposición de las decisiones y de la concretización de los procedimientos médicos, a menudo emergen sentimientos contradictorios, como resentimientos, atribución de culpas al otro o acusaciones de falta de comprensión, seguidos por momentos en donde el compañero es el único elemento familiar en quien confían y en quien depositan toda la confianza.

En el mismo sentido, cuando se analizan las consecuencias de los tratamientos de

infertilidad a largo plazo en las parejas como fue el caso de Leiblum, Aviv y Hamer (1998), los autores compararon la satisfacción general por la vida con la satisfacción marital y sexual, en tres grupos de mujeres infértiles, las que obtuvieron éxito en el tratamiento FIV, las que no tuvieron éxito y que optaron por la adopción y las que no tuvieron éxito y que permanecieron sin hijos. En términos globales los tres grupos indicaron un buen ajuste conyugal independientemente del estatuto parental, no obstante las mujeres que permanecieron sin hijos, así como las que optaron por la adopción, eligieron el impacto negativo que los tratamientos estaban teniendo en su relación marital como justificación para terminar los tratamientos. Podremos pensar que en las parejas de nuestro estudio que ven su sintomatología ansiosa aumentada como consecuencia del aumento de los conflictos conyugales, si no logran el embarazo pueden optar por terminar los tratamientos y pensar otras posibilidades de parentalidad antes que su relación marital se desvanezca.

En la dimensión de Necesidad de parentalidad los resultados indican que existe efecto del factor sobre la ansiedad ( $F_{(2,188)} = 9,41$ ;  $p_a = .0001$ ). En la figura 27 se expone el sentido del efecto:



**Fig. 27. - Necesidad de Parentalidad y Ansiedad**

Los análisis a posteriori con la F de Scheffé indican que las diferencias se encuentran entre los grupos extremos, es decir, entre las puntuaciones menores y las mayores, así como entre las puntuaciones medias con las puntuaciones altas (tabla 12):

**Tabla 12**  
**Análisis posthoc del factor N. Parentalidad**

N. Parentalidad	N. Parentalidad	Dif. Medias	Sig.
Bajo	Medio	.411	.797
	Alto	-2,29	.006**
Medio	Alto	-2,70	.0001**

En esta dimensión lo que está en juego es la importancia de la identificación con el rol parental. Según Newton et al. (1999) y Peterson (2000), la parentalidad para quien obtiene puntuaciones elevadas en esta dimensión es aceptada como el principal objetivo de vida. Cuando los niños confieren un sentido existencial a las personas asegurando su identidad personal y, atestiguando a los padres la continuidad de la familia y de perpetuación de la especie (Meyers et al., 1999), sin embargo, un diagnóstico de infertilidad puede anular un proyecto de vida.

Para Figueiredo (2005), en la gran mayoría de las parejas emerge el deseo de procreación que cumple una necesidad inherente a la condición humana. Esta realización deberá ser el producto del equilibrio entre la voluntad y la razón. Desde una perspectiva existencialista, la pareja elige su propia vivencia, que le da singularidad y autonomía para permitirles tomar las decisiones que mejor se adecuen a sus patrones de felicidad. En este sentido, el diagnóstico de infertilidad adquiere diferente percepción de realidad según sea el proyecto de vida de cada individuo. Recordando a Sartre (Figueiredo, 2005), el ser

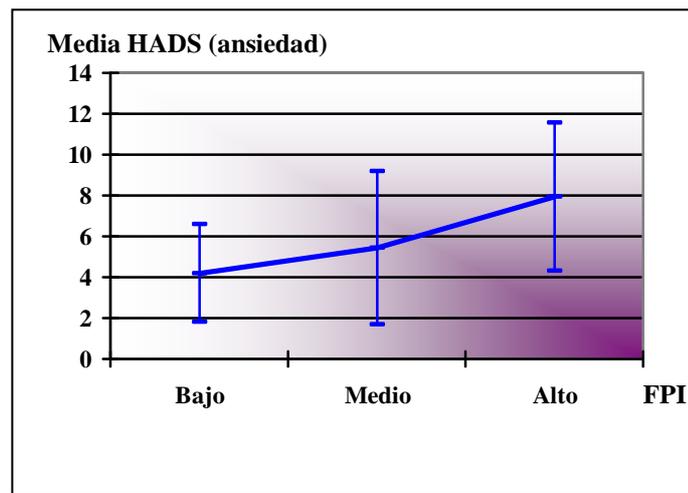
humano no afronta obstáculos a no ser en el campo de su libertad y, evocando Jaspers (Perdigão, 2001), realizar esta libertad de decisión vuelve al sujeto responsable para su existencia y para su futuro. Así la pareja en un plan filosófico existe para “hacer-se” y su proyecto reproductivo les asegura su sentido de vida y de existencia, lo que significa que la no procreación coloca en duda a su naturaleza humana, dando lugar al eventual conflicto emocional.

Se asiste así en las parejas que valoran como estresantes la necesidad de parentalidad y que sufren ansiosamente por no cumplirlo, a una especie de pérdida de un proyecto de persona que nunca ha llegado a existir en un plano físico, es la pérdida de un bebé imaginario y fantaseado, además de la imagen idealizada de ser progenitor. Cudmore (2005), cuando reflexiona sobre la posibilidad de las parejas de ser padres en el contexto de la pérdida, nos asegura que cuanto mayor es la idealización de las personas, mayor será el sentimiento de privación provocado por la infertilidad. Por todo esto, nos parece natural que para las personas que valoran considerablemente esta necesidad de parentalidad, la imposibilidad de cumplir este deseo les aumente la sintomatología ansiosa.

Resultados concordantes encontramos en el trabajo de Leiblum et al. (1998) en donde algunas mujeres infértiles que permanecían sin hijos demostraban que la necesidad de parentalidad era fuerte y que se sentían preparadas para amar cualquier niño y se colocaban de parte de la opción de adopción, en contraste con otras mujeres igualmente sin hijos que no manifestaron interés en adoptar si no pudieran quedarse embarazadas y llegar a la maternidad biológica. En estas mujeres, su nivel de satisfacción por la vida fue claramente peor en comparación con las que tenían otras alternativas. Este hecho nos hace pensar que lo que parece justificar el aumento de la manifestación de la ansiedad en nuestro estudio puede ser la necesidad de parentalidad que está tan arraigada a la dimensión biológica,

justificando en estas parejas la búsqueda de las técnicas de reproducción asistida para intentar a cualquier costo cumplir esta demanda biológica. Por lo contrario, los individuos que admiten otras formas de parentalidad, los fracasos de los tratamientos no tendrán una repercusión tan negativa en el ajuste psicológico de estas parejas. También Álvarez-Díaz (2007) en su trabajo, ha destacado la importancia de redefinir las representaciones de parentalidad atendiendo a las nuevas y distintas posibilidades de combinaciones existentes entre las dimensiones genéticas, biológicas y sociales.

Por último en el nivel del Estrés Global los resultados indican que también existe efecto del factor sobre la ansiedad ( $F_{(2,188)} = 14,96$ ;  $p_a = .0001$ ) (figura 28):



**Fig. 28. - Estrés Global y Ansiedad**

**Tabla 13**

**Análisis posthoc del factor Estrés Global**

Estrés Global	Estrés Global	Dif. Medias	Sig.
Bajo	Medio	-1,24	.125
	Alto	-3,73	.0001**
Medio	Alto	-2,49	.0001**

Los análisis a posteriori con la F de Scheffé indican que las diferencias se encuentran entre los grupos extremos, es decir, entre las puntuaciones menores y las mayores, así como entre las puntuaciones medias con las puntuaciones altas (tabla 13).

A semejanza de lo que ocurrió en todas las dimensiones anteriores se verifica que a medida que aumenta la percepción de estrés global asociado a la vivencia de infertilidad se asiste al incremento de sintomatología ansiosa. Este tipo de estrés que al mantenerse a lo largo del tiempo, podrá incluso convertirse en estrés crónico, según Newton et al. (1999) y, provocar un desgaste emocional y sentimientos de retraimiento en individuos ya altamente vulnerables por la experiencia prolongada de estrés.

Varios estudios vienen a confirmar esta asociación entre el estrés y repercusión psicopatológica y otros aún procuran establecer una asociación entre los niveles de estrés en el éxito del tratamiento como pasamos a describir, así, Ardenti et al. (1999) monitorizaron el nivel de ansiedad de las mujeres infértiles durante las fases finales del tratamiento, tal como en la retirada de los ovocitos y la transferencia embrionaria, los autores confirmaron la naturaleza ansiógena de los procedimientos FIV, además, concluyen que la ansiedad manifestada por las mujeres durante los tratamientos no predijo el éxito del mismo.

De forma semejante, Iribane, Mingote, Denia, Ruiz-Balda y Pérez (2002) compararon la psicopatología entre mujeres que ya habían sufrido una o más pérdidas gestacionales, en comparación con mujeres sin hijos que procuraron ayuda en clínicas RA. Los autores verificaron la mayor reactividad al estrés entre las que ya habían perdido sus embarazos, incluso un 41% alcanzaron valores patológicos de estrés. Los autores sugieren que este resultado estaba relacionado con la falta de elaboración del luto y que empeoraba cuanto mayor fuese el deseo de tener un hijo.

Estas evidencias asociadas a los constantes ciclos de tratamientos que las parejas se someten no dejan espacio para que el dolor se instale y se va enmascarando la sintomatología hasta que el individuo no la suporta más. La importancia y el cuidado que se debe tener cuando se trabaja con parejas infértiles se acentúa en el trabajo de Guerra, Llobera, Veiga y Barri (1998), quienes se propusieron estudiar la frecuencia de perturbaciones psiquiátricas entre parejas infértiles que habían sido dirigidas a la consulta de psicósomática por los profesionales de la medicina reproductiva. Los autores concluyeron que aunque los clínicos tengan referenciadas adecuadamente a las parejas que necesitaban ayuda psicológica, la alta morbilidad psiquiátrica en el grupo más estable a nivel psicológico, ponía de manifiesto que los clínicos no estaban identificando adecuadamente todas las situaciones que necesitaban intervención psicológica. Esta se comprende, por un lado, porque los clínicos no tienen la adecuada formación para discriminar estas situaciones y, por otro lado, la gran mayoría de ellos carecen del tiempo necesario para escuchar adecuadamente y filtrar los sentimientos de los individuos. En este sentido resalta la importancia de establecer protocolos de evaluación que puedan rastrear adecuadamente a las parejas que necesitan de apoyo psicológico para enfrentarse a los tratamientos RA.

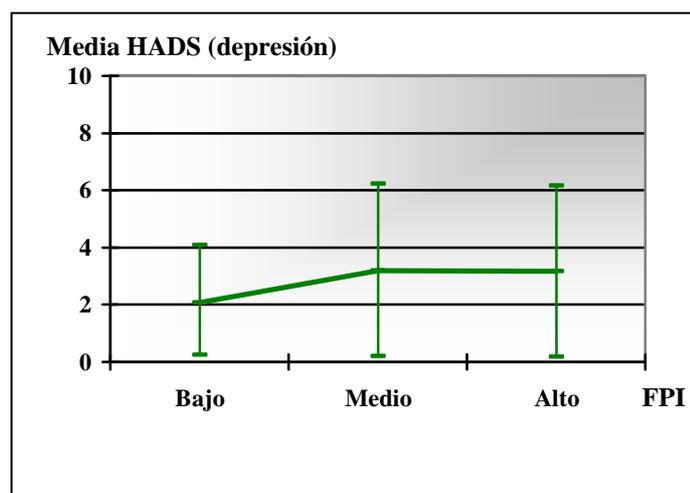
Además, Anderheim, Holter, Bergh y Möller (2005) investigaron el efecto del estrés psicológico, antes y durante los tratamientos FIV, en el resultado final del tratamiento entre las mujeres suecas y encontraron resultados curiosos. Aparentemente las mujeres que iban a iniciar sus ciclos de tratamiento FIV estaban con buena salud psicológica, pero los autores advierten que los resultados de los individuos en los cuestionarios escritos no concuerdan con la manifestación de estrés y de ansiedad demostrada durante las entrevistas, intentando dar una imagen de personas fuertes capaces de enfrentaren los

tratamientos. Esto que también aconteció en nuestro estudio nos hace enfatizar la importancia de un abordaje multidisciplinar en estas evaluaciones, no limitando la investigación a cuestionarios de autoinforme, realizando siempre una entrevista semi-estructurada con la pareja, proponiéndoles un espacio de escucha y dándoles a conocer el espacio de seguridad al que ellos podrán recurrir si así lo entiendan a lo largo del proceso del tratamiento.

En la subescala Rechazo del Estilo de Vida sin Hijos (FPI) no encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $F_{(2,188)} = 2,23$ ;  $p_a = .11$ ).

Realizamos el mismo procedimiento, sucesivos análisis de varianza de un factor (las subescalas de estrés-FPI), pero ahora la variable de medida son las puntuaciones obtenidas por los individuos en depresión (HADS).

En la dimensión de Preocupaciones Sociales los resultados indican que existe efecto del factor sobre la depresión ( $F_{(2,188)} = 5,31$ ;  $p_a = .006$ ). En la figura 29 se expone el sentido del efecto.



**Fig. 29. - Preocupaciones Sociales y Depresión**

Los análisis a posteriori con la F de Scheffé indican que las diferencias se encuentran entre los grupos extremos, es decir, entre las puntuaciones menores y las mayores, y entre las medias y las mayores (tabla 14):

**Tabla 14**  
**Análisis posthoc del factor P. Sociales**

<b>P. Sociales</b>	<b>P. Sociales</b>	<b>Dif. Medias</b>	<b>Sig.</b>
Bajo	Medio	-1,12	.125
	Alto	-2,29	.006**
Medio	Alto	1,17	.001**

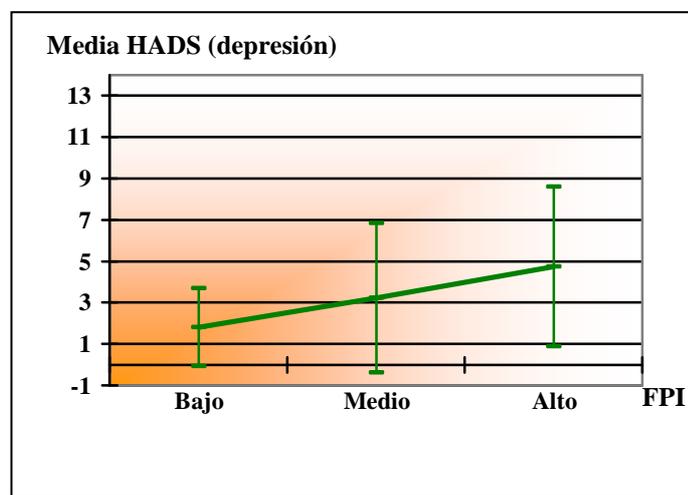
Podemos verificar la tendencia de aumento de la sintomatología depresiva a medida que aumenta el estrés relacionado con las preocupaciones sociales. O sea, la vulnerabilidad de las parejas a los comentarios de los otros les conduce al retraimiento social y como consecuencia les hace aumentar la probabilidad de un estado de ánimo depresivo (Newton et al., 1999; Peterson, 2000).

Algunos estudios sugieren que las parejas infértiles que no perciben apoyo social y relacional de los otros, sean de amigos o de familiares próximos, tienden a volverse hacia los modelos tradicionales de pérdida e involucrarse en un movimiento de negación o de fuga y, cuando se produce el diagnóstico de infertilidad es comprensible que los individuos sean invadidos por un estado de ánimo depresivo (Bridges, 2005; Betz & Thorngren, 2006). En esta línea, Palacios et al. (2002) aseguran que encontraron una correlación positiva entre el nivel de aislamiento social en las parejas infértiles y la existencia de mayores vivencias individuales negativas como la presencia de inestabilidad del ánimo, sentimientos de pena y rabia.

Del mismo modo, Moreno y Guerra-Díaz (2008) proponen que las parejas infértiles cuando optan por mantener su situación de infertilidad bajo el secretismo, no compartiendo su problema con los demás generalmente se ven privadas del apoyo social de su medio ambiente, acabando por ser frecuentemente hostigados por preguntas sobre la parentalidad generando sentimientos y comportamientos de evitación del problema. Paradójicamente, cuando las parejas infértiles participan sus problemas de fertilidad a sus familiares y amigos, éste se puede volver un estresor adicional que se repite todos los meses con las naturales y aparentemente inofensivas preguntas sobre el resultado del tratamiento.

A semejanza de lo que ocurrió para la ansiedad, en los participantes de nuestra investigación, cuando estos factores asociados a las preocupaciones sociales como es la constante evocación del problema ante la presencia de amigos y familiares en fase gestacional o con niños, los sentimientos provocados por los tratamientos médicos y la percepción de falta de apoyo del entorno social les hace aumentar su estrés en esta dimensión y se asiste a la tendencia de manifestar un estado de ánimo depresivo.

Con respecto a la dimensión Preocupaciones Sexuales los resultados indican que existe efecto del factor sobre la depresión ( $F_{(2,188)} = 8,97$ ;  $p_a = .0001$ ) (figura 30):



**Fig. 30. - Preocupaciones Sexuales y Depresión**

Los análisis a posteriori con la F de Scheffé indican que las diferencias se encuentran entre las puntuaciones bajas y medias, y entre las bajas y altas (tabla 15).

**Tabla 15**  
**Análisis posthoc del factor P. Sexuales**

<b>P. Sexuales</b>	<b>P. Sexuales</b>	<b>Dif. Medias</b>	<b>Sig.</b>
Bajo	Medio	-1,44	.043**
	Alto	-2,95	.0001**
Medio	Alto	-1,50	.056

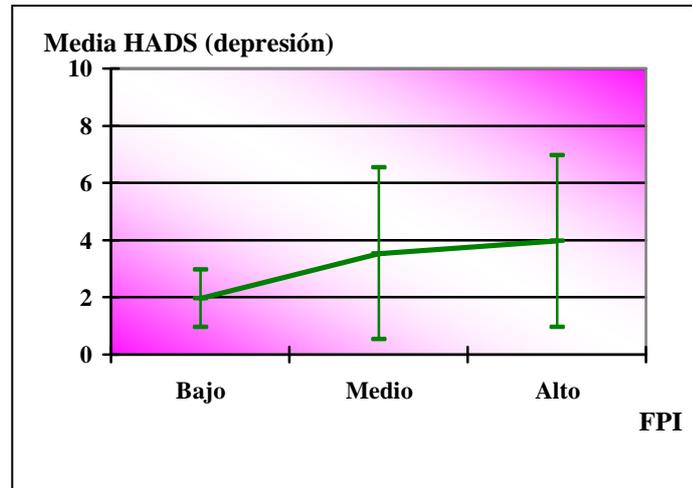
Se verifica la tendencia del aumento de la sintomatología depresiva cuando aumentan las preocupaciones a nivel sexual en los elementos de la pareja estudiados. Como vimos anteriormente la medicalización del acto sexual inherente en los tratamientos de RA pueden provocar restricciones e imposiciones a nivel de la relación sexual, que tienden a afectar la espontaneidad de la relación íntima (Oddens et al., 1999) o la disminución del deseo sexual (Norten et al., 2001). Además, si ya existían dificultades en la pareja, a este nivel, esta presión claramente tiende a empeorarlos tal como encontramos en los estudios de Read (2004) y de Cudmore (2005).

En la misma dirección, el trabajo de Palacios et al. (2002) revela la asociación entre la dinámica sexual perturbada por la situación de infertilidad y los sentimientos de desesperanza evidenciados. Los participantes se sienten relativamente apoyados por sus compañeros con respecto al problema de infertilidad aún admitan que su relacionamiento sexual hay sido claramente afectada, con peores pronósticos cuando el tratamiento falla repetidamente.

Álvarez-Díaz (2007) asegura que la actividad sexual en parejas infértiles se puede

convertir en actos sexuales compulsivos que hacen disminuir la satisfacción de la relación de naturaleza erótica tornándose en una experiencia desagradable y frustrante. Esto nos hace suponer que en los participantes de nuestra investigación al largo del tiempo y de sucesivos tratamientos fallidos puedan empeorar su sexualidad, y como consecuencia, ver que su estado de ánimo se vuelve cada vez más depresivo.

En la dimensión Preocupación de la Relación Conyugal los resultados indican que existe efecto del factor sobre la depresión ( $F_{(2,188)} = 5,29$ ;  $p_a = .006$ ). En la figura 31 se expone el sentido del efecto:



**Fig. 31. - Preocupaciones de la Relación Conyugal y Depresión**

**Tabla 16**  
**Análisis posthoc del factor P. Relación Conyugal**

P. R. Conyugal	P. R. Conyugal	Dif. Medias	Sig.
Bajo	Medio	-1,57	.026**
	Alto	-2,01	.015**
Medio	Alto	-,443	.777

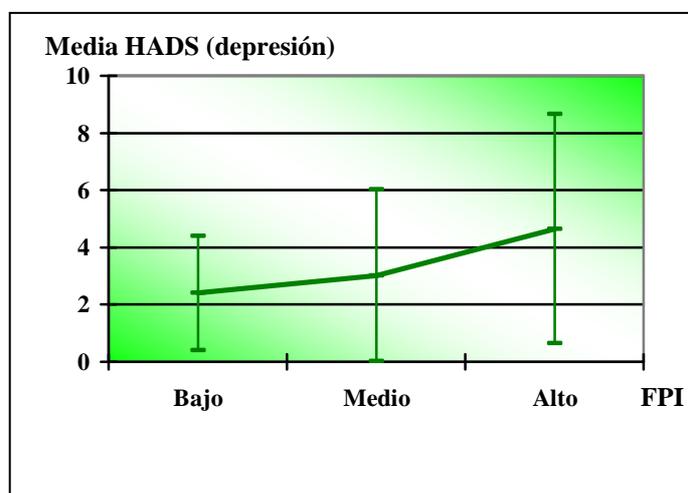
Los análisis a posteriori con la F de Scheffé indican que las diferencias se encuentran entre el grupo con puntuaciones bajas y el grupo de puntuaciones medias, y entre el grupo bajo y alto (tabla 16).

Una vez más asistimos a la repercusión sobre el estado de ánimo de los individuos, a medida que van aumentando sus preocupaciones sobre nivel de la relación conyugal. Cudmore (2005), en su estudio, encontró un número significativo de parejas que se esforzaban para transmitir una imagen de parejas sin conflictos o tensiones en su relación, como si sólo las buenas parejas fuesen dignas de ser sometidas a tratamientos de reproducción. Además, el autor presenta otras parejas que admiten que por ser un tema muy sensible, optan por no hablar de ello, pudiendo esta pérdida de comunicación ser sentida como una pérdida más y así hacer aumentar la sintomatología depresiva.

Los estudios que evalúan la satisfacción de la relación conyugal en parejas infértiles han demostrado resultados contradictorios. Por un lado, están las investigaciones que demuestran que no existe impacto negativo en la satisfacción marital en las parejas infértiles (Leiblum et al., 1998; Palacios et al., 2000), epero otras aportan valores de desajuste conyugal (González & Myar, 2001; Murillo, 2002). Leiblum et al. (1998) en su trabajo de carácter longitudinal verificó que la mayoría de las mujeres independientemente de su estatuto parental aportan niveles de satisfacción conyugal asegurando que la mayoría de las parejas infértiles presentan estabilidad y que la propia crisis de infertilidad y sus tratamientos pueden incluso servir para fortalecer los lazos y sentimientos de confianza, lealtad y de proximidad entre los elementos de la pareja. Este acercamiento de la pareja y la consecuente sensación de mayor proximidad entre ellos puede ser justificado por la necesidad en las diversas consultas del tratamiento que estén físicamente juntos y, en algunos casos, que las personas compartan sus sentimientos durante todo el proceso.

Curiosamente en la misma investigación Leiblum et al. (1998) constató que una de las principales justificaciones que las personas evocan para la decisión de terminar con los tratamientos (en los casos de no éxito) era precisamente el impacto negativo de los tratamientos en la dinámica conyugal. En la misma línea, Mikulincer, Horesh, Levy-Shiff, Manovich y Shalev (1998) encontraron en sus estudios que las parejas que manifestaban peor ajuste marital y más sentimientos de angustia eran las que tenían un estilo de apego inseguro y ansioso.

O sea, parece claro que la naturaleza de los tratamientos puede favorecer un nivel de proximidad entre los elementos de la pareja, por el aumento de la frecuencia de consultas donde muchas veces las parejas se quedan solas, por la necesidad de las parejas de tomar decisiones con respecto a las opciones de los tratamientos disponibles, y que, de existir un adecuado padrón de comunicación, las parejas sentirán estos momentos como facilitadores de la relación e identificándolos como momentos de crecimiento. Por el contrario, si está proximidad viene a acentuar el estrés en torno del nivel de comunicación entre la pareja, se puede asistir al empeoramiento del nivel de satisfacción y a la instalación de los conflictos que en última instancia vienen a aumentar la presencia del estado de ánimo depresivo.



**Fig. 32. - Estrés Global y Depresión**

Por último, en el Estrés Global los resultados indican que existe efecto del factor sobre la depresión ( $F_{(2,188)} = 7,63$ ;  $p_a = .001$ ). En la figura 32 se expone el sentido del efecto:

Los análisis a posteriori con la F de Scheffé indican que las diferencias se encuentran entre el grupo bajo y alto, así como entre el grupo medio y alto (tabla 17).

**Tabla 17**  
**Análisis posthoc del factor Estrés Global**

Estrés Global	Estrés Global	Dif. Medias	Sig.
Bajo	Medio	-.980	.251
	Alto	-2,62	.001**
Medio	Alto	-1,63	.025**

Análogamente a las dimensiones anteriores también al nivel de la percepción de estrés global asociado a la infertilidad aumenta la tendencia hacia la sintomatología depresiva cuando los valores de estrés aumentan. La infertilidad introduce en la dinámica conyugal una etapa de desorganización y desesperación que provoca una sensación generalizada de culpa y que tiende a generar a su vez mayor sintomatología depresiva en algunas parejas infértiles. Esta evidencia ha sido comprobada en el estudio de Guerra et al. (1998) que confirmó la presencia de sintomatología en un 69,8% de parejas infértiles. Varias investigaciones internacionales han confirmado la naturaleza estresante de la situación de infertilidad así como de los tratamientos de RA (Guerra-Díaz, Llobera, Veiga & Barri, 1998; Peddie et al., 2005). Otras incluso estudiaron el efecto del estrés en el resultado final del tratamiento (Ardenti, Campari, Agazzi & La Sala, 1999; Sanders & Bruce, 1999; Anderheim, Holter, Bergh & Möller, 2005). Todas las investigaciones

destacan la exigencia emocional extremadamente elevada de los procedimientos RA que hacen invariablemente aumentar la percepción de estrés. Verificamos también en nuestro trabajo que cuanto mayor es la percepción de estrés asociado a infertilidad en los individuos, mayor es la manifestación de sintomatología depresiva, tal como Zwick (2003) verificó en su trabajo, incluso con la presencia de menor autoestima y control interno entre las parejas infértiles que también valoraban la infertilidad con mayor percepción de estrés.

No obstante, es importante señalar que la presencia de sintomatología es relativamente baja en nuestra investigación coincidente con otros estudios (Ardenti et al., 1999; Anderheim et al., 2005), lo que nos hace suponer que los recursos movilizados por los individuos son los más adecuados para afrontar los procedimientos potencialmente estresantes y haciendo que la manifestación de sintomatología depresiva no sea tan evidente. En esta línea de raciocinio, resultados muy interesantes fueron presentados en el estudio de Sanders y Bruce (1999) en Australia, los autores intentaron evaluar la relación entre el estado del humor con el éxito del tratamiento en parejas infértiles y concluyeron que la hostilidad estaba asociado a menor probabilidad en embarazo después de varios ciclos de tratamiento. Paradójicamente, los autores encontraron en mujeres melancólicas una mayor probabilidad de embarazo que se justificó por el recurso a mecanismos de defensa de represión y de negación para minimizar la ansiedad sentida, y desarrollando de esta manera una respuesta psicoendocrina al estrés más favorable al éxito del tratamiento. Nos parece que la relación entre la presencia de estrés y su influencia en la reproducción tendrá que ser cautelosamente estudiada y que más investigaciones de carácter longitudinal serían necesarias para sustentar tales relaciones.

En las restantes dimensiones del FPI no se encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre la depresión (Tabla 18).

**Tabla 18****Subescalas del FPI sin diferencias estadísticamente significativas**

<b>Factor</b>	<b>F</b>	<b>g.l.</b>	<b>Sig.</b>
Rechazo del Estilo de Vida sin Hijos	0,09	2,188	.914
Necesidad de Parentalidad	2,72	2,188	.068

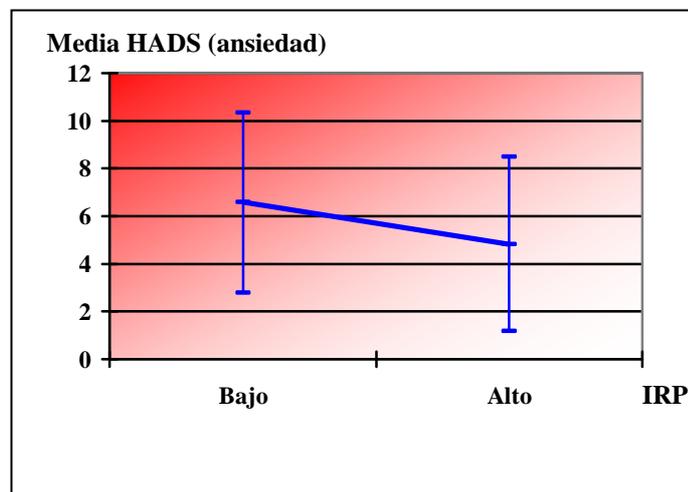
Lo que parece importante en nuestra investigación es la asociación significativa entre la percepción global de estrés, que engloba naturalmente los estresores específicos que analizamos previamente y la manifestación de sintomatología ansiosa y depresiva. Entendemos que podemos aceptar la hipótesis planteada en la cual proponíamos que la percepción de estrés asociada a la vivencia de infertilidad incrementaría la sintomatología ansiosa y el estado de ánimo depresivo.

La hipótesis 2 fue planteada en los términos siguientes

***Las estrategias de afrontamiento activas protegen a los sujetos de padecer una psicopatología ansiosa y/o depresiva***

Para comprobarla se realiza en primer lugar, una categorización en función del percentil 50 (obteniéndose dos grupos, bajo y alto) de las puntuaciones de las nueve subescalas que componen el Inventario de Resolución de Problemas (IRP), a continuación se aplican análisis de diferencia de medias o *t* de *Student*, donde la variable independiente eran los grupos obtenidos de la categorización del IRP y la variable dependiente fueron las puntuaciones obtenidas en el HADS (ansiedad y depresión).

El primer resultado estadísticamente significativo sobre ansiedad se obtiene con el Afrontamiento y Resolución Activa de los Problemas ( $t_{(199)} = 3,29$ ;  $p_a = .001$ ) (fig.33).



**Fig. 33. - Afrontamiento y Resolución Activa P. y Ansiedad**

Como podemos apreciar en la figura, los participantes que utilizan menos la estrategia de Afrontamiento y Resolución Activa de los Problemas alcanzan valores más elevados de ansiedad (6,57), comparativamente con los participantes que más usan esta estrategia para intentar superar la infertilidad (4,82).

Movilizar estrategias activas en la resolución del problema es, tal como nos dice Vaz-Serra (1988), adaptativo sobre todo en una situación de crisis como por ejemplo una enfermedad grave o en nuestro caso frente a un diagnóstico de infertilidad. Las estrategias focalizadas en los problemas, según Moos y Shaefer (1993, in Vaz-Serra, 1999) permiten la confrontación y la reconstrucción del problema en el sentido de que el sujeto percibe un grado de controlabilidad hacia el estresor. Como hemos visto anteriormente, la naturaleza ambigua y de incertidumbre que se asocia a la situación de infertilidad se acentúa en cada tratamiento y la posibilidad en cada uno de ellos de resultar en éxito o en fracaso, lo que hace aumentar la sensación de desgaste que se puede prolongar en los diversos ciclos de tratamientos.

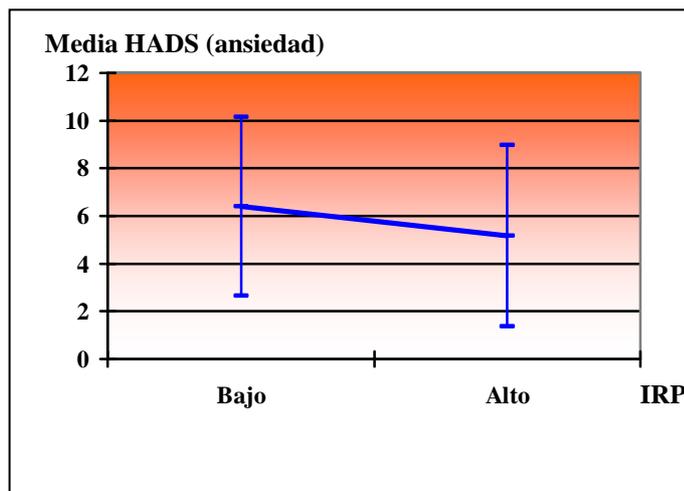
En estos casos el manejo de estrategias de afrontamiento centradas en los problemas, como es el afrontamiento activo en la resolución de los problemas asociados a la infertilidad permitirán a las parejas que se someten a las técnicas RA adaptarse y involucrarse activamente en los complejos y exigentes procedimientos biomédicos que tienen que integrar en su rutina diaria, aceptando conscientemente los eventuales beneficios o perjuicios asociados a cada procedimiento. La asociación verificada entre el bajo manejo de actitudes de afrontamiento activas y el incremento de manifestaciones ansiosas en los individuos estudiados se puede justificar por una incapacidad en transformar este evento de naturaleza incontrolable en algo que ellos puedan efectivamente controlar.

Investigaciones en esta área, tienden a confirmar que en las parejas infértiles el recurso a las estrategias orientadas para los problemas es adecuado y promueve un ajuste psicológico en la fase activa de los tratamientos (Ponjaert-Kristoffersen & Baetens, 1999; Suárez, 2000). Lord y Robertson (2005) realizaron un trabajo exploratorio con el objetivo

de evaluar las creencias sobre la infertilidad de los pacientes teniendo por base en Modelo de Auto-Regulación de Leventhal et al. (1984). En general, las parejas infértiles recurrieron a estrategias orientadas a los problemas permitiéndoles afrontar correctamente las decisiones en los distintos tratamientos desde el punto de vista emocional.

El trabajo de Gerrity (2001) evaluó la variabilidad de la felicidad marital, las estrategias de afrontamiento y la manifestación de la ansiedad teniendo en cuenta la fase de tratamiento médico en que se encontraban las parejas (desde la fase del prediagnóstico hasta las parejas que ya habían concluido los tratamientos), constatando que la ansiedad estado se mantuvo en valores elevados en varias de las fases del tratamiento, confirmando la naturaleza crónica y estresante de los procedimientos RA. Estos resultados según Gerrity (2001) podrían explicarse desde el recurso de estrategias de afrontamiento activas y en la planificación de la resolución de los problemas, tal como ocurrió en nuestro trabajo.

También se obtiene significancia estadística sobre la ansiedad con el Abandono Pasivo Frente la Situación ( $t_{(199)} = 2,31; p_a = .022$ ) (fig. 34).



**Fig. 34.- Abandono Pasivo Frente la Situación y Ansiedad**

Los participantes que utilizan menos la estrategia de Abandono Pasivo Frente la

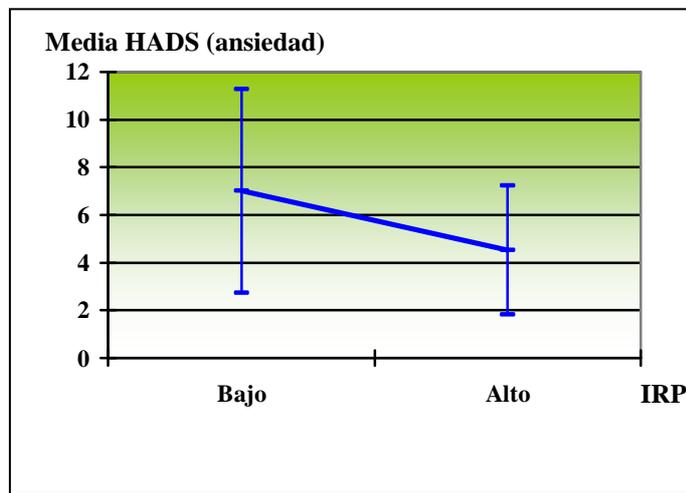
Situación alcanzan valores más elevados de ansiedad (6,40), comparativamente con los participantes que más usan esta estrategia para intentar superar la infertilidad (5,16). Este resultado es paradójico y curioso, supuestamente quien se percibe como abandonado frente a la situación es quien obtiene mejor ajuste psicológico en ansiedad. Podremos conjeturar que podrán estar representadas en esta dimensión las estrategias comportamentales de distanciamiento, como es recrearse en actividades distractoras, asistir pasivamente a programas de televisión, leer ó hacer deportes... todo ello con la intención de alejar su distrés asociado a la infertilidad. También podremos admitir la presencia de estrategias cognitivas distractoras como el pensamiento mágico de los individuos, en lo cual los sujetos acreditan y fantasean cómo el niño va a surgir en sus vidas. Conjuntamente si juntamos las creencias religiosas que la mayoría de los individuos tiene, podremos admitir que algunas de estas personas pueden dejar en las manos de los Dioses la consecución de su anhelo, aunque recurran irónicamente a la ciencia para lograrlo. Estos pensamientos y comportamientos pueden ser interpretados por los individuos de la muestra como pasivos y desde luego, en estos casos, tienen un bueno efecto amortiguador del impacto de la situación en su salud mental. Por lo contrario, los individuos que perciben que no se abandonan pasivamente frente a la situación ven su manifestación de ansiedad aumentada y este resultado podría estar relacionado con algún grado de controlabilidad de la situación pero que fácilmente supera el umbral exagerando las expectativas de control de la situación. Es decir, es como sí para estos individuos el comportamiento pasivo hace la situación no sea coincidente con el comportamiento activo en los exigentes tratamientos y, de esta forma, si los individuos creen que no están movilizándose lo suficiente para afrontar correctamente la situación, su ansiedad aumenta.

El estudio de Lukse y Vacc (1999) evidencia la prevalencia de estrategias de

aislamiento entre las mujeres infértiles como es hablar a solas o dormir para evitar el contacto con los otros, estrategias éstas nada eficientes para la promoción de las redes de soporte que son tan importantes en estos momentos de crisis. Podremos pensar que en este caso el recurso de estrategias pasivas al contrario de nuestra investigación no funcionó como protectoras del nivel de distrés. En la misma línea, Mikulincer et al. (1998) afirman que cuando la situación de infertilidad es percibida como una amenaza, los individuos con un estilo de vinculación ansioso/ambivalente tienden a movilizar estrategias de evitación de los problemas que a su vez están asociadas al aumento de distrés en las parejas infértiles. O sea, las reacciones de las personas ansiosas/ambivalentes, parecen reflejar su pesimismo, desesperanza, y falta de confianza en sí mismos y en el mundo en general. Los autores concluyeron en base a los resultados de la evaluación de 80 parejas infértiles, que las estrategias de coping de distanciamiento fueron utilizadas adecuadamente por las personas con un estilo de evasión en las situaciones de la rutina diaria, pero que éstas no han sido suficientemente fuertes para prevenir el distrés en una situación de crisis como la infertilidad. Esta postura defensiva de las personas evitativas ponen de manifestó su inseguridad básica, conduciendo a la inundación de los sentimientos y pensamientos negativos de la experiencia. Aunque no tengamos evaluado el estilo de vinculación en nuestra investigación, no nos parece que estos sentimientos estén tan presentes en los individuos evaluados. Notándose incluso un esfuerzo muy acentuado en adoptar una máscara de actividad, como si pretendiesen hacer hacernos creer que están muy implicados en todo el proceso de la reproducción asistida y eso, en última instancia, los hace merecedores de la llegada del niño deseado.

En el Control Interno/Externo de los Problemas se obtiene significancia estadística sobre la ansiedad ( $t_{(199)} = 4,86$ ;  $p_a = .0001$ ). Los participantes que perciben poco control

del problema presentan valores de ansiedad más elevados ( $M$  bajo = 7,01; d.t. 4,28;  $M$  alto = 4,52; d.t. 2,71). Como hemos visto anteriormente la naturaleza impredecible de la infertilidad aliada a la incertidumbre temporal de los tratamientos confieren a los sujetos unos sentimientos de falta de control sobre sus vidas y como Lazarus y Folkman (1984) y Vaz-Serra (1988) aseveran, cuando los sujetos pierden el control de la situación, la desorganización será mayor pudiéndose asistir al aumento de la sintomatología ansiosa. (Figura 35):



**Fig. 35. - Control Int./Ext. de los Problemas y Ansiedad**

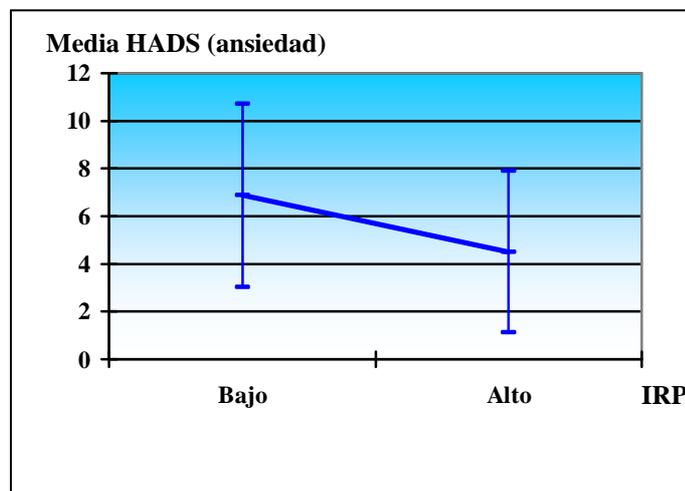
Como hemos visto una de las principales características de la situación de infertilidad es la incontrolabilidad del fenómeno. En casi toda la existencia relacional de la pareja, los sujetos han controlado su vida reproductiva, escogiendo cautelosamente el mejor momento para tener hijos. Ante la ausencia del niño, todo el grado de control que los individuos asumían en sus vidas, se desvanece, pudiendo estos sentimientos ser fácilmente generalizados a otras esferas de sus vidas. Si las parejas optan por intentar las técnicas de RA, delegan muchas veces el poder en las manos del equipo biomédico que podrá aumentar en algunos individuos, la sensación de falta de control sobre sus vidas.

Estas reacciones de percepción de falta de control de las parejas infértiles hay sido ampliamente descritas en la literatura científica. La investigación de Abbey et al. (1992) con el propósito de examinar la relación entre la infertilidad y percepción de la calidad de vida en 185 parejas infértiles, concluyó que cuanto mayor es la percepción de estrés asociado a la vivencia de infertilidad, peor es la autoestima y la percepción de control que los individuos sienten y mayores sus conflictos interpersonales. Resultados semejantes fueron encontrados en la investigación de Gerrity (2001), donde las estrategias de afrontamiento fueron comparadas entre parejas en diferentes etapas del tratamiento biomédico. Se constató que las parejas que ya concluyeron los tratamientos, los que ya habían completado los procedimientos médicos, y que no tenían planes para continuar independientemente de su estatuto parental, presentaron menos percepción personal de control en contraste con todas las parejas en las fases activas de los tratamientos. La autora sugiere que atendiendo a las exigencias de los procedimientos biomédicos y al desgaste emocional asociado, la sensación de control es un factor importante y paliativo del sufrimiento emocional y que los individuos que terminan con los tratamientos dejan de asumir tanta importancia, pues otros roles de sus vidas están ahora bajo su control. En concordancia con estos resultados está también la investigación de McQuillan, Stone y Greil (2007), estos autores procuraron establecer asociaciones entre la duración de la situación de la infertilidad y la percepción de la calidad de vida, evaluando a 580 mujeres a través de entrevistas por teléfono. Los autores identificaron tres grupos, las que no tenían problemas de infertilidad (n = 345), las que son infértiles y perciben que tienen problemas de infertilidad (n = 69) y las que son infértiles pero no perciben eso como un problema (n = 127). Los autores concluyeron que las mujeres subfecundas con percepción de un problema tenían un elevado locus de control de salud interno y se sentían responsables por

su condición y por eso se sentían menos satisfechas en la vida, aunque esta asociación existía solamente en las mujeres que permanecieron sin hijos, o sea, que no vieron cumplido su deseo de maternidad biológica. Por lo tanto, no parece ser la situación de infertilidad en sí misma lo que afecta a la percepción de satisfacción por la vida en las mujeres, lo que parece ser perturbador para estas mujeres es la ausencia involuntaria de hijos biológicos, especialmente en las mujeres que creen que deberían haber sido capaces de controlar mejor su condición de salud, afectando así su satisfacción global por la vida.

En toda esta revisión percibimos que para las parejas infértiles que se someten a los procedimientos de RA es importante la percepción de control sobre la situación. Y que esa sensación podrá ser reforzada si los individuos perciben las tareas asociadas a los tratamientos como bajo su control. De esta manera se comprende cómo la adopción de estrategias centradas en la resolución de los problemas, aseguran una mayor percepción de control de la situación y la disminución consecuente de sintomatología ansiosa.

Con respecto a la variable relacionada con la Estrategia de Control de las Emociones se obtiene significación estadística sobre la ansiedad ( $t_{(199)} = 4,59$ ;  $p_a = .0001$ ) (Fig. 36).



**Fig. 36. - E. Control de las Emociones y Ansiedad**

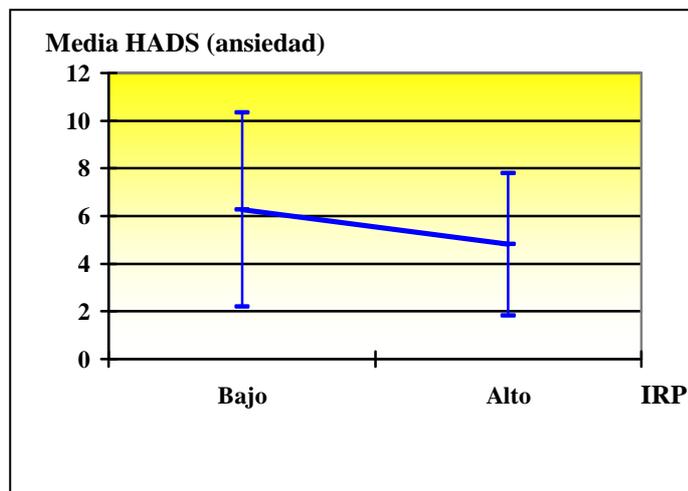
Quien demuestra menor habilidad en el manejo y control de las emociones presenta valores de ansiedad más elevados ( $M$  bajo = 6,88; d.t. 3,84;  $M$  alto = 4,51; d.t. 3,39). Para Lazarus y Folkman (1984), las estrategias emocionales deberán servir para paliar el estrés resultante de la pérdida de control y, en este sentido, nuestra investigación confirma que quien no es hábil para controlar sus emociones presenta valores de ansiedad más elevados.

La literatura científica sobre el tema afirma que las estrategias de afrontamiento orientadas a los problemas parecen ser más eficaces cuando se enfrentan a un estresor de naturaleza incontrolable como es la infertilidad, principalmente cuando los individuos se someten a los procedimientos RA. Este tipo de afrontamiento sirve para garantizar esencialmente su motivación y participación en todas las etapas exigentes del tratamiento, ayudándoles a aumentar la percepción de control y promoviendo así su salud mental durante el proceso. Este hecho ha sido comprobado en varias investigaciones (Lukse & Vacc, 1999; Suárez, 2000; Gerrity, 2001), no obstante, los autores también advierten que ante los frecuentes fracasos de los tratamientos, se despierta en los individuos sentimientos de desesperación, frustración o rabia, siendo entonces muy necesario la movilización de estrategias de afrontamiento emocional, para paliar el sufrimiento sentido.

La investigación de Lord y Robertson (2005), estudia la estrategia de ventilación de las emociones y predijo su influencia sobre las puntuaciones de ansiedad, o sea, quien no ventilaba sus emociones obtuvo puntuaciones más elevadas de ansiedad. Análogamente, Anstenfeld y Stanton (2004), observaron un alto procesamiento emocional en parejas que se estaban sometiendo a tratamientos FIV; los autores afirman que el nivel de procesamiento emocional es tanto más efectivo y adaptativo cuando es utilizado en un entorno social receptivo al estresor incontrolable como en la situación de infertilidad (Stanton, 2000).

Nos parece que la cuestión de un entorno social receptivo es de enorme importancia y tiene que prestársele atención cuando tratamos con parejas infértiles. Ya se ha comentado cómo a menudo los individuos se aíslan de sus relaciones por no sentirse integrados, y por los comentarios o juicios que los otros, a veces, hacen sobre sus decisiones. Así, nos parece importante que las parejas sepan en quién pueden confiar y compartir sus emociones negativas ante la infertilidad y cuando lo hacen que se protejan de los comentarios o juicios menos positivos. Además, es igualmente importante que los individuos sean flexibles en la elección de las estrategias de afrontamiento, pues tanto la movilización orientada para la acción como las estrategias orientadas en las emociones son importantes y tienen un efecto amortiguador de la manifestación de la ansiedad.

Con respecto a la estrategia de una Actitud Activa de No Interferencia de la Vida Cotidiana por los Acontecimientos verificamos significación estadística sobre la ansiedad ( $t_{(199)} = 2,55$ ;  $p_a = .012$ ) (Fig. 37).



**Fig. 37.- Actitud Activa de No Interferencia y Ansiedad**

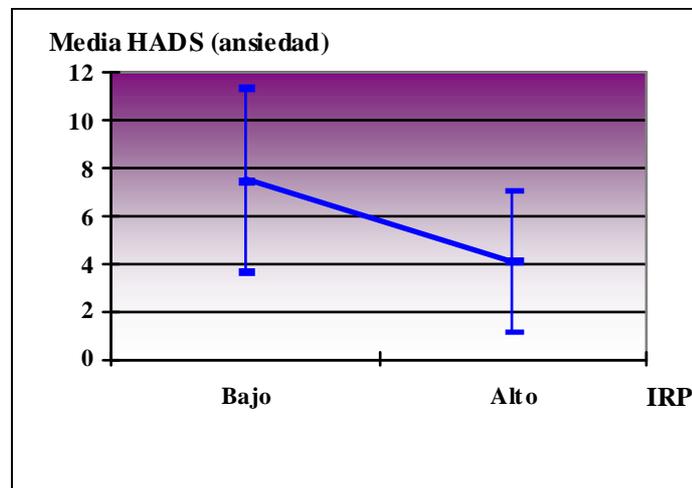
Los sujetos que dejan que su rutina diaria se interrumpa por sus problemas no movilizan estrategias activas presentan valores medios de ansiedad más elevados (6,27) en oposición a los que emplean bastantes estrategias activas de no interferencia que

presentan valores más bajos de ansiedad (4,81).

Ya observamos que la situación de infertilidad introduce en la dinámica de la pareja un conjunto de decisiones que van a afectar drásticamente su rutina diaria, especialmente las parejas que optan por buscar la ayuda médica especializada. La introducción e incorporación de estos procedimientos en sus vidas exige un enorme esfuerzo de creatividad en los individuos especialmente en los individuos que se deciden por mantener su situación oculta, teniendo que inventar justificaciones para ir al médico tantas veces, para hacer múltiples análisis de sangre o incluso para la administración de las inyecciones hormonales. Para las mujeres profesionalmente activas, como son la mayoría de las mujeres evaluadas, la conciliación de estos requisitos médicos con su actividad profesional puede ser bastante compleja; no obstante, toda esta dinámica parece aumentarles la sensación de control de la situación y de esta manera se justifica la disminución de la manifestación de la ansiedad para quien moviliza esfuerzos en el sentido de la actitud activa evitando que su rutina diaria siga afectada por la situación de infertilidad. En este sentido, Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila (2008) enfatizan que la actitud generalizada de la población médica en los avances tecnológicos garantizan el anhelo del niño, y a veces, producen en las parejas que se someten a las técnicas de RA una creencia de que el cumplimiento de los tratamientos asegura la consecución del deseo. En las fases iniciales del tratamiento, esta creencia les ayuda a adaptarse a la agresividad de los procedimientos así como a amortiguar su impacto en la rutina diaria de la pareja. Parece que la implicación en los tratamientos les tranquiliza a la vez que les hace aumentar la esperanza de obtener un hijo biológico y consecuentemente se ve disminuida la manifestación de la ansiedad. De esta manera, el manejo de estrategias activas de afrontamiento del problema de infertilidad parece una vez más ser protector del

sufrimiento psicológico.

Para finalizar, también se obtienen diferencias estadísticamente significativas del IRP total sobre la ansiedad ( $t_{(199)} = 6,94$ ;  $p_a = .0001$ ). Puede observarse que quien recurre más a las estrategias de afrontamiento, sean las que sean, obtiene puntuaciones de ansiedad más bajas con valores medios de 4,13 al contrario de los valores medios de 7,49 obtenidos por los participantes que no movilizan tantas estrategias de afrontamiento (fig. 38).



**Fig. 38.- IRP Total y Ansiedad**

Se verifica que quien recurre poco a las estrategias de afrontamiento manifiesta valores de ansiedad más elevados y, como nos dice Vaz-Serra (1988), la capacidad de movilizar más estrategias de afrontamiento globales es indicadora en general de mayor ajuste emocional, y en particular sobre la ansiedad.

De la misma forma, Moreno y Guerra-Díaz (2008) refieren que las estrategias de afrontamiento que los individuos infértiles movilizan serán determinantes para el bienestar individual. Sí existe un equilibrio entre las demandas externas de la situación y sus recursos internos y externos para afrontarlos derivan en la ausencia de estados emocionales negativos. Pero si el individuo percibe que las demandas de la situación exceden sus

recursos para hacerles frente, se produce un desajuste emocional que se manifiesta por la expresión de estados ansiosos. O sea, si se establece una estrategia de afrontamiento, independientemente de que estén más orientadas a la resolución de los problemas o a las estrategias emocionales, el incremento de ambos resulta protector del nivel de ajuste en los individuos infértiles. Estas evidencias han sido ampliamente descritas en la literatura científica como hemos presentado anteriormente (Abbey, Andrews & Halman, 1992; Lukse & Vacc, 1999; Suárez, 2000; Lord & Robertson, 2005). Observamos en nuestro estudio, que quien movilizó las estrategias activas y las estrategias de control por debajo del percentil 50 fueron los individuos que demostraron valores más elevados de ansiedad, sugiriéndose que en la intervención psicológica se incentive a estos individuos a utilizar estas estrategias de afrontamiento.

Gibson y Myers (2002) han procurado comprender el efecto en 83 mujeres infértiles, de las estrategias de coping de carácter social en un Modelo de Desarrollo Relacional. Los autores concluyeron que las mujeres que evidenciaron mayor manejo en las estrategias de afrontamiento basadas en la dinámica social tenían menor percepción de estrés asociado a la vivencia de la infertilidad. Este hecho no ha sido posible demostrarlo desde el inventario de resolución de problemas empleado en nuestro estudio, pero en base a los análisis anteriores podemos igualmente pensar que las estrategias de afrontamiento serán tanto más ajustadas cuanto mayor sea el apoyo de la dinámica familiar ayudando a la optimización de los recursos internos de las parejas. El trabajo de Lord y Robertson (2005) también demuestra como la actitud activa en los sujetos es congruente con la decisión de la pareja de embarcarse en la “montaña rusa emocional” de los tratamientos tan elevados a nivel financiero y especialmente tan costosos a nivel psicológico y, cómo el manejo de las estrategias de afrontamiento globales pueden paliar el nivel de sufrimiento emocional.

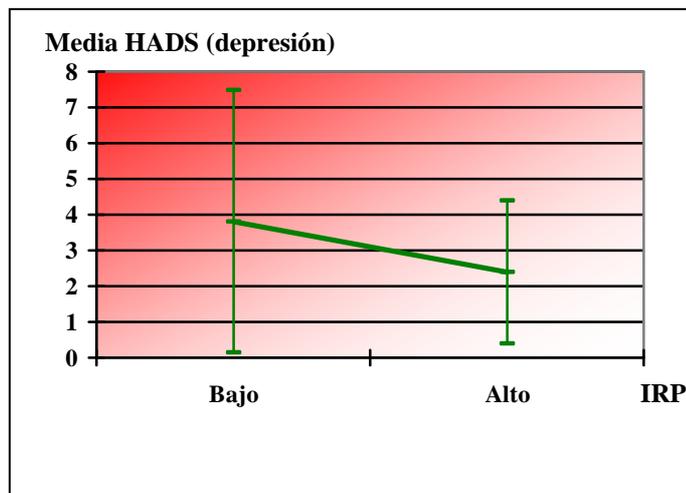
Es decir, las estrategias de coping actúan como amortiguadores ayudando a los individuos a prevenir el sufrimiento psicológico. Zwick en su trabajo (2003), afirma que las estrategias de afrontamiento moderan los potenciales efectos del estresor en el funcionamiento reproductivo.

Las escalas que no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas fueron las siguientes (tabla. 19):

**Tabla 19**  
**Subescalas del IRP sin diferencias estadísticamente significativas**

<b>Factor</b>	<b>F</b>	<b>g.l.</b>	<b>Sig.</b>
Pedido de Ayuda	1,44	199	.15
Autoculpabilización y Miedo a las Consecuencias	1,28	199	.20
Afrontamiento del Problema y Planificación de la Estrategia	1,37	199	.17

No fue posible analizar la dimensión de Agresividad interiorizada/exteriorizada por no haberse formado dos grupos independientes.



**Fig. 39. - Afrontamiento y Resolución Activa P. y Depresión**

En los resultados de las estrategias de afrontamiento sobre la depresión verificamos,

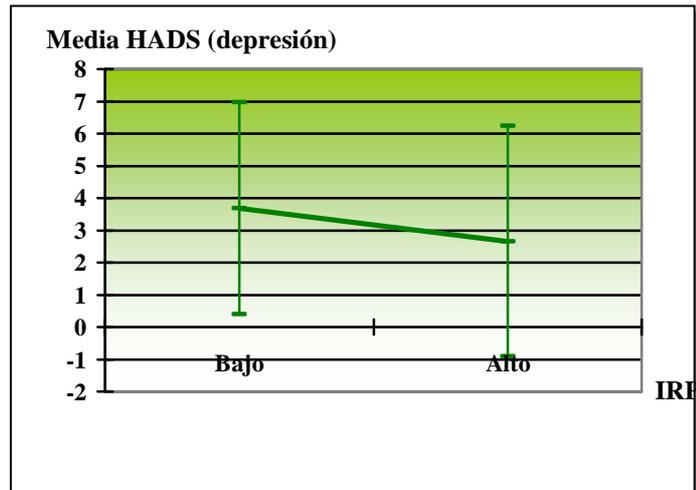
en primer lugar diferencias estadísticamente significativas en el Afrontamiento y Resolución Activa de los Problemas ( $t_{(199)} = 2,93$ ;  $p_a = .004$ ) (Fig. 39).

Podemos verificar en la figura que a semejanza de lo que aconteció con la ansiedad quien utiliza menos el afrontamiento activo de los problemas tiene puntuaciones más elevadas de estado de ánimo depresivo ( $M$  bajo = 3,81; d.t. 3,67;  $M$  alto = 2,98; d.t. 2,98). El recurso de estrategias activas en las parejas infértiles que se encuentran en las fases de tratamiento RA les asegura alguno grado de control sobre la situación promoviendo consecuentemente la percepción de bienestar y de niveles motivacionales elevados tan imprescindibles para la adaptación a los procedimientos médicos, tan exigentes. Incluso ya habíamos observado que las fases activas de los tratamientos generan en los individuos sentimientos de elevado optimismo que viene a contrariar los sentimientos más negativos percibidos cuando aún desconfiaban que su cuerpo no estaba respondiendo a su voluntad de tener hijos. Así se percibe como, por un lado, la manifestación de depresión se mantiene entre estos individuos en niveles residuales y que, por otro lado, estos niveles se van aumentando en los individuos que no participan activamente en el proceso biomédico. El implicarse activamente en el proceso de tratamiento les transmite confianza y esperanza en el éxito del mismo y por tanto se asiste a la disminución del estado de ánimo depresivo.

La asociación entre el recurso de estrategias de afrontamiento activas u orientadas a los problemas y el ajuste emocional ha sido ampliamente estudiada (Ponjaert-Kristoffersen & Baetens, 1999; Suárez, 2000). Lord y Robertson (2005) demuestran en su trabajo que sólo los individuos que se mantienen durante los tratamientos con elevados índices motivacionales consiguen afrontar los rígidos procedimientos médicos y que esto es posible porque recurren a estrategias de afrontamiento activas y se mantienen positivos y esperanzados en los resultados del mismo. Parece entonces que las estrategias de

afrontamiento activo en la resolución del problema asumen la forma de un antídoto contra el desajuste emocional de las parejas infértiles.

La estrategia de Control Interno/Externo de los problemas también obtuvo significancia estadística sobre la depresión ( $t_{(199)} = 2,12; p_a = .035$ ) (fig. 40).



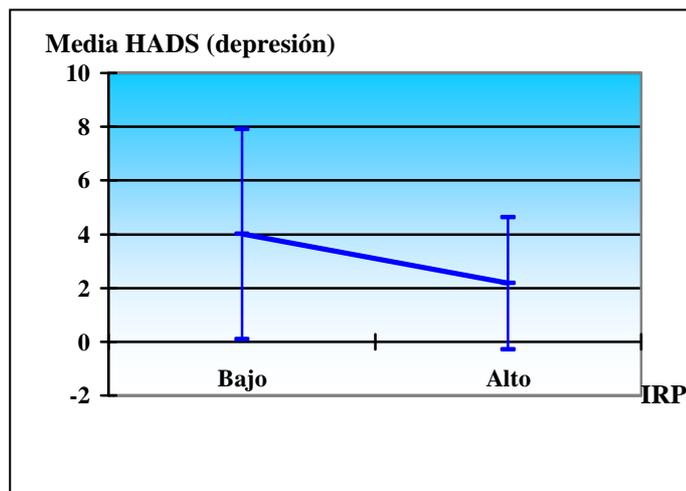
**Fig. 40. - Control Interno/Externo del problema y Depresión**

A los valores más bajos de percepción de Control Interno/Externo de los problemas corresponden las puntuaciones mayores del estado de ánimo depresivo, con valores medios en el grupo bajo de 3,69 y de 2,66 en el grupo alto. La pérdida de control provocada por la infertilidad y sus tratamientos, como por ejemplo, no saber cuántos tratamientos tienen que hacer, o de qué tipo, la imposibilidad de controlar o de hacer planes para el futuro cómo planear las vacaciones ó compromisos profesionales, provocan en los sujetos una percepción de incompetencia para tomar las riendas de sus vidas y parece aumentar la percepción de amenaza, disminuyendo así, la probabilidad de desarrollar comportamientos ajustados para lidiar con la situación conduciendo al individuo a un estado de incertidumbre y de inseguridad que provocan una vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología depresiva (Lazarus & Folkman, 1984; Suárez, 2000;

Guerra-Díaz, 2002; Zwick, 2003; Moreno & Guerra-Díaz, 2008). Resultados análogos obtuvieron McQuillan et al. (2007) en donde el nivel de satisfacción por la vida de las mujeres con un historial de problemas de infertilidad es peor cuando éstas creen que deberían haber sido capaces de controlar mejor su estado de salud en general, especialmente sí no tienen hijos.

Parece que la estrategia de afrontamiento de percepción de control está frecuentemente asociada a la percepción de bienestar en los individuos infértiles, pues tener o no control sobre una situación potencialmente amenazante influenciará en las actitudes comportamentales para hacer frente al estrés. Percibimos cómo la naturaleza incontrolable de la situación de infertilidad avala fuertemente las convicciones y representaciones de las parejas sobre la forma en cómo condujeron sus vidas y esencialmente como van a perseguir su futuro después del diagnóstico de infertilidad.

En relación a las Estrategias de Control Emocional sobre la depresión también obtuvimos significancia estadística ( $t_{(199)} = 3,83; p_a = .0001$ ) (Fig. 41).



**Fig. 41. - E. Control de las Emociones y Depresión**

El manejo de las estrategias de control emocional es decisivo en la protección de la

manifestación de la depresión, pues cuanto mayor son las puntuaciones en esta estrategia menor es la puntuación media de depresión con valores de 2,18 vs 4,01 del grupo que no controla sus emociones. Según Suárez (2000), las estrategias emocionales son más eficaces en situaciones de afrontamiento de resultados negativos de los tratamientos, es decir, cuando se pretende amortiguar el efecto del estrés resultante de la falta de embarazo es importante que los individuos se permitan expresar sus emociones negativas y desarrollar habilidades comunicacionales que promuevan la obtención de un adecuado apoyo emocional. Parece existir la creencia en nuestra sociedad que no es conveniente para el individuo manifestar sus sentimientos negativos, incluso en situaciones en que es lógico que los individuos se sientan tristes o desanimados, parece existir una tendencia a ignorar y no dejar que esos sentimientos se exterioricen. A menudo, los profesionales de las equipos biomédicos aunque reconozcan la necesidad de las mujeres para expresar sus emociones negativas cuando reciben el resultado negativo de la gravidez, el momento es para algunos técnicos insoportable intentando incluso evitarlos. Es como si ellos y su propio trabajo estuviesen siendo evaluados. Si añadimos a esa situación las elevadas tasas de fracasos asociadas a los procedimientos RA, constatamos que estas situaciones son bastante frecuentes y comprendemos la exponencial demanda de la presencia de los psicólogos por los profesionales de salud, especialmente en estos momentos de resultados negativos del tratamiento.

No obstante, la importancia del manejo de las estrategias de control emocional en las situaciones de infertilidad además de la situación descrita anteriormente, ha sido cada vez más enfatizada en la literatura científica. Exley y Letherby (2001) en su trabajo estudiaron cómo los individuos se enfrentan a un suceso de vida disruptivo tal como es la situación de infertilidad o de cáncer con un pronóstico terminal, y de qué forma eso afecta

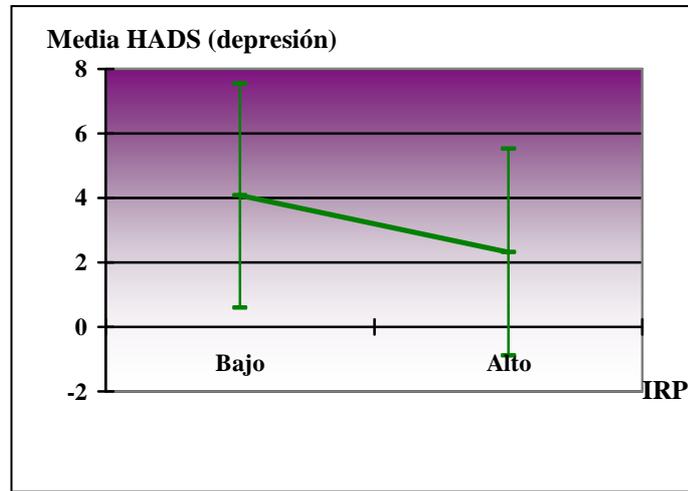
a su sentido de identidad personal y relacional. Los autores sugieren que normalmente el trabajo emocional de los participantes se realiza con los familiares o amigos más próximos pero, a veces, también tienen que manifestar sus emociones a otras personas no tan íntimas como son los colegas de trabajo. Es decir, los autores proponen que el procesamiento emocional se efectúa en la dinámica relacional, y a veces no siempre es posible procesarlo junto a los seres más próximos pues los enfrentamientos son bastante frecuentes en el seno familiar.

Un estudio que intentó analizar las consecuencias adaptativas de las estrategias de un abordaje emocional en parejas que se sometieron a las técnicas RA fue realizado por Berghuis y Stanton (2002). Los autores concluyeron que un alto procesamiento emocional antes de la inseminación predijo un bajo nivel de distrés después del fracaso del tratamiento. O sea, claramente la habilidad de los individuos en procesar sus emociones, en reconocer sus sentimientos negativos y positivos, adquiriendo una comprensión sobre la naturaleza del mismo y su aceptación, parecen ser competencias que promueven a un buen nivel de ajuste de los individuos infértiles. Tal como ocurrió en nuestra investigación, quien se permite a reconocer y procesar sus emociones se vuelve más hábil para manejar los sentimientos negativos asociados a la vivencia de infertilidad y, de esta forma, obtienen menores puntuaciones de estado de ánimo depresivo.

Por último, también se obtuvo significancia estadística en el IRP Total sobre la depresión ( $t_{(199)} = 3,72$ ;  $p_a = .0001$ ) (Fig. 42).

A semejanza de lo que ocurrió con las puntuaciones de ansiedad, en la depresión verificamos la misma relación entre el manejo de las estrategias de afrontamiento totales y la mayor incidencia de depresión en quienes menos las usan, obteniendo este grupo 4,07 de valores medios de depresión vs los 2,31 obtenidos por quienes utilizan más las

estrategias totales.



**Fig. 42.- IRP Total y Depresión**

Como vimos anteriormente, Vaz-Serra (1988), afirma que a mayores puntuaciones totales en el IRP mayor es la percepción del sujeto de que consigue enfrentarse al problema sin que se desarrolle psicopatología. Zwick (2003) asegura que las personas con habilidades pobres de afrontamiento tienen mayor propensión a presentar distrés psicológico. Confirmamos en nuestra investigación que la movilización de la mayor parte de las estrategias de afrontamiento activas así como la adecuada percepción de control sobre el problema y sobre sus emociones tienen un efecto protector en el nivel del estado de ánimo depresivo. En la misma línea, Lukse y Vacc (1999) con la finalidad de identificar en las mujeres infértiles sus niveles de duelo y de depresión así como las estrategias de afrontamiento que éstas movilizan entrevistaron en tres momentos a 100 mujeres que estaban a punto de iniciar sus tratamientos RA, 50 estaban iban a iniciar su ciclo FIV y las restantes 50 la inducción de ovulación. En términos generales, los autores destacaron que todos los individuos manifestaron niveles clínicos de duelo y depresión antes, durante y después de los tratamientos. Los valores previos al tratamiento y después del fracaso gravídico fueron semejantes en ambos los grupos denotando niveles de depresión,

desesperación, rabia asociados a los sentimientos de pérdida de control consecuentes al resultado negativo del tratamiento aunque el grupo FIV haya obtenido valores relativamente más bajos. Lukse y Vacc (1999) sugieren que probablemente los individuos en el ciclo FIV recurren a estrategias de negación para enfrentarse al fracaso del tratamiento y que la repetición del suceso puede haber provocado una desensibilización de los sentimientos negativos asociados a los resultados negativos del tratamiento. Además la utilización de estrategias de afrontamiento desajustadas tales como el aislamiento de su red de soporte, son explicaciones presentadas por los autores para justificar el elevado número de casos de depresión que se dieron en las mujeres evaluadas.

O sea, en nuestro estudio, aunque no hemos encontrado valores medios clínicos de psicopatología ansiosa, ni depresiva, tal y como sucedió en numerosas investigaciones que ya presentamos (Hardy & Makuch, 2002; Lord & Robertson, 2005; Slade et al., 2007) conseguimos percibir una tendencia clara, una vulnerabilidad para la sintomatología ansiosa y depresiva asociada, por un lado, a la percepción de estrés relativo a la vivencia de la infertilidad y, por otro lado, por el manejo de estrategias de afrontamiento pasivas.

Es decir, verificamos como el perfil de utilización de estrategias de afrontamiento adecuado para enfrentarse a un problema de infertilidad es un perfil de actividad, ya sea en estrategias más orientadas en el problema como el Afrontamiento y Resolución Activa de los Problemas, la Actitud Activa de No Interferencia en la Vida Cotidiana por los Problemas, como con la mayor habilidad en manejar el Control Interno/Externo de los Problemas o como el recurso a las Estrategias de Control de las Emociones. La eficacia de estas estrategias confirma niveles inferiores de psicopatología en nuestra investigación y, en este sentido, podemos aceptar nuestra segunda hipótesis de trabajo.

En el resto de los análisis no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas

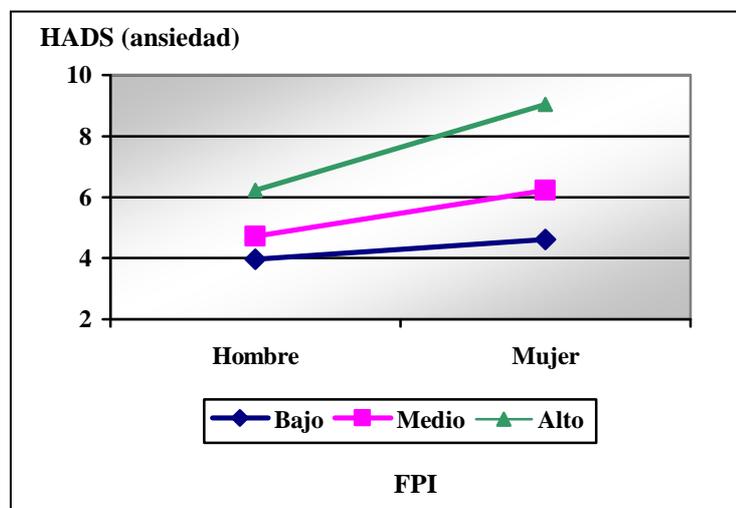
(tabla 20). Además tampoco fue posible analizar la estrategia de afrontamiento de Agresividad internalizada/externalizada por no haberse formado dos grupos independientes.

Para profundizar concretamente en las repercusiones de la infertilidad en los elementos de la pareja planteamos la tercera hipótesis:

*En las mujeres con problemas de fertilidad los niveles más elevados de percepción del estrés y el afrontamiento pasivo producen un efecto negativo sobre el estado emocional.*

Para comprobar esta hipótesis planteada aplicamos análisis de varianza o ANOVAS de dos factores, uno de ellos el sexo (hombre-mujer) y el otro, en primer lugar, con el estrés asociado a la vivencia de infertilidad con las subescalas de estrés, FPI (categorizadas en tres grupos, bajo, medio y alto) y en segundo lugar, las subescalas de las estrategias de afrontamiento (IRP) categorizadas en dos grupos (bajo y alto). Como variable de medida, de nuevo, en primer lugar la ansiedad y, posteriormente, la depresión.

El análisis sexo x Preocupaciones Sociales sobre ansiedad ofrece diferencias estadísticamente significativas para el primer factor ( $F_{\text{sexo (1,188)}} = 9,88$ ;  $p_a = .002$ ), y para el segundo factor ( $F_{\text{P. Sociales (2,188)}} = 11,34$ ;  $p_a = .0001$ ), pero no para la interacción ( $F_{\text{Sexo x P. Sociales (2,188)}} = 1,17$ ;  $p_a = .31$ ) (Fig. 43):



**Fig. 43. - Sexo x Preocupaciones Sociales y Ansiedad**

Existe efecto de los dos factores pero de forma independiente, por un lado, los hombres puntúan en todas las ocasiones con menor ansiedad que las mujeres, por otro lado, a medida que es más alto el estrés derivado de los problemas sociales existe mayor ansiedad.

Como hemos analizado, la propia situación de infertilidad es potencialmente estresante y cuando las parejas ingresan en los tratamientos RA, inevitablemente se hace difícil particularmente para las mujeres olvidar esta incapacidad pues la gran mayoría de los tratamientos recae en ellas. Así, esta mayor expresión de estrés emocional de las mujeres evaluadas podrá justificarse, por un lado, por la propia naturaleza del carácter de cronicidad y de rutina de las consultas médicas que vienen a perpetuar los sentimientos de estrés emocional en las mujeres, y por otro lado, por el hecho de que son las mujeres las más expuestas a los estresores sociales, como es el acumulo de funciones ó papeles sociales, tales como la conciliación entre la carrera profesional con las actividades domésticas que cuando se unen a la problemática asociada a la vivencia de la infertilidad se pueden volver en algo difícil de soportar. Estos resultados son concordantes con un estudio de Sanders y Bruce (1999) en el que los autores intentaron identificar los factores predictivos del éxito del tratamiento RA en parejas australianas concluyendo que las mujeres que mantenían un empleo a tiempo total obtenían menos posibilidades de embarazo en el primer ciclo de tratamientos. Los autores propusieron que el aumento de estresores adicionales que las mujeres tenían que soportar, como la conciliación de tiempo entre el trabajo y las consultas, los esfuerzos económicos, o incluso el retraimiento en hablar de los síntomas desagradables de la medicación con sus compañeros, podrían explicar esta menor probabilidad de alcanzar el embarazo. Además, la constante evocación del problema de infertilidad a las que las mujeres son expuestas podrá fácilmente afectar su

relación con los otros y esta vulnerabilidad psíquica puede generar mayor sensibilidad frente a comentarios ajenos que son a veces bastante insensibles. Por un lado, el medio sociocultural del individuo va repetidamente enviando mensajes sobre la expectativa que recae en la pareja para convertirse en padres, por otro lado, cuando el problema de infertilidad es conocido por los demás, y se produce el fracaso del tratamiento se empieza a desvalorizar la pérdida, en una tentativa de confortar a los individuos, y sí se suceden los fracasos se pasa a una postura cuasi moralista en la que se cuestiona porqué se tienen que someter a tantos procedimientos, si valdrá la pena el esfuerzo y el sacrificio, etcétera.

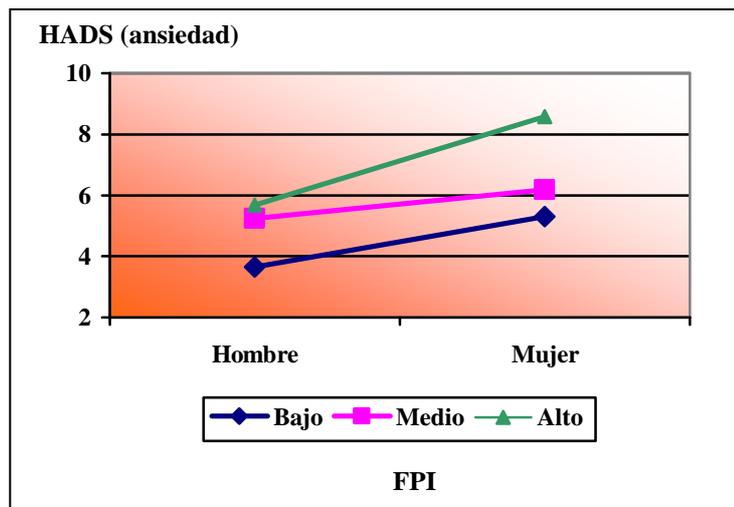
En este sentido, algunos autores clasifican las pérdidas asociadas a la vivencia de infertilidad como pérdidas ambiguas. O sea, los sucesivos fracasos gravídicos de las mujeres no son legitimados, ni reconocidos por la sociedad, y no tienen ningún tipo de ritual cultural organizado para que el soporte social tenga oportunidad de ofrecer un espacio a la pareja en el que expresen su duelo por el niño que nunca ha llegado a existir para la sociedad, pero que existió en el pensamiento de sus progenitores (Bridges, 2005; Betz & Thornngres, 2006).

De esta manera, si el entorno del individuo no es receptivo a la manifestación del sufrimiento de las parejas infértiles, se van sintiendo cada vez más extraños a medida que insisten en sus intentos por alcanzar el embarazo. Los individuos hacen un gran esfuerzo para no dejar ver en el exterior sus sentimientos negativos, por ello se apartan de los demás y de las reuniones familiares. Lo que verificamos en nuestra investigación es que quien percibe estos momentos sociales como potencialmente estresantes probablemente es aquél que se siente menos apoyado a nivel social y que acaba por manifestar más sintomatología ansiosa. Conclusiones semejantes encontraron en sus trabajos Slade, O'Neil, Simpson y Lashen (2007), afirmando que las mujeres tienden a hablar más y a procurar más apoyo

social con respecto a sus problemas de infertilidad, pero cuando el entorno social no es receptivo se vuelven más vulnerables y sufren emocionalmente. En la misma línea, el trabajo de Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad y Lalos (2007) analizó los efectos a largo plazo en el ajuste emocional de un grupo de 14 mujeres que habían completado un programa de tratamiento de infertilidad hacía 20 años. Los autores encontraron en más de mitad de las mujeres que el sentimiento de aislamiento social persistió en el tiempo que permanecieron sin hijos y que tendía a aumentar cuando se aproximaban a la etapa de su ciclo vital que les tendría que convertir en abuelos.

Es decir, habíamos destacado que más importante incluso que el impacto del tratamiento era el ajuste psicológico de los individuos, porque parece afectar a la obtención del estatuto de parentalidad, y esa variable es claramente dependiente de las expectativas del entorno social.

A continuación se realiza un nuevo ANOVA de dos factores sexo x Preocupaciones Sexuales sobre ansiedad (Fig. 44):



**Fig. 44.- Sexo x Preocupaciones Sexuales y Ansiedad**

También ofrece diferencias estadísticamente significativas para el primer factor (F

sexo (1,188) = 11,29;  $p_a = .001$ ), y para el segundo factor ( $F_{P. Sexuales (2,188)} = 6,48$ ;  $p_a = .002$ ), pero una vez más no para la interacción ( $F_{Sexo \times P. Sexuales (2,188)} = 1,09$ ;  $p_a = .337$ ). De nuevo, las mujeres puntúan en todas las circunstancias con mayor ansiedad, además a medida que aumenta el estrés debido a la preocupación sexual aumenta la manifestación de ansiedad. El impacto de la situación de infertilidad en la dinámica sexual de la pareja es notorio dado que estamos hablando de una dimensión que permite concretizar la procreación, en un plan biológico. Así si la pareja recurre a las técnicas de RA, los individuos formalizan públicamente el hecho de que intentan tener un hijo, abriendo su vida íntima al escrutinio de los demás.

La medicalización de los contactos sexuales introduce en la pareja presiones incontrolables y, en nuestra investigación, estas problemáticas se manifiesta más en las mujeres, aunque las féminas no se cuestionen su potencia sexual como sucede innumerables veces con los hombres, la necesaria programación e inclusión en la rutina diaria de relaciones sexuales, en horarios específicos y ampliamente cronometrados, hace aumentar la manifestación de la ansiedad.

Algunos autores mencionan dificultades que pueden surgir en los hombres a nivel de la dimensión sexual. Read (2004) refiere que la necesidad constante de proveer de muestras de semen o los tests postcoitales producen, a veces, presión sobre su habilidad y compromete su erección y capacidad eyaculatoria. Para la autora, bastan dos episodios fracasados para generar un ciclo de miedo a fallar, para desencadenar ansiedad y potenciar, a su vez, más fracasos. Clarke et al. (2006), también aseguran que la infertilidad tiende a intimidar la identidad masculina, amenazando su sentimiento de virilidad su capacidad sexual y su masculinidad. En nuestro estudio, a pesar del posible efecto conflictivo en la dinámica sexual de los varones, son las mujeres quien manifiestan mayores puntuaciones

de estrés relacionado con la dinámica sexual, parece que la importancia dada al comportamiento sexual que permite acceder a la concretización del deseo de tener un hijo deja las mujeres evaluadas más vulnerables y sensibles en esta dimensión.

Resultados semejantes fueron encontrados en el estudio de Slade, Emery y Lieberman (1997), los autores se propusieron estudiar los aspectos emocionales asociados a los tratamientos FIV de forma longitudinal y prospectiva. En las 144 parejas evaluadas, las mujeres mostraron más dificultades a nivel sexual que sus compañeros, a pesar de que estas dificultades no evidenciaren problemas clínicos ni psicosexuales. Las mujeres que no lograron el embarazo, pasados 6 meses del final del tratamiento, presentaron peor satisfacción sexual y mayor estrés emocional que las mujeres que tuvieron éxito. Los autores concluyen que el fracaso del tratamiento incluso pasando 6 meses está asociado al perjuicio del ajuste emocional.

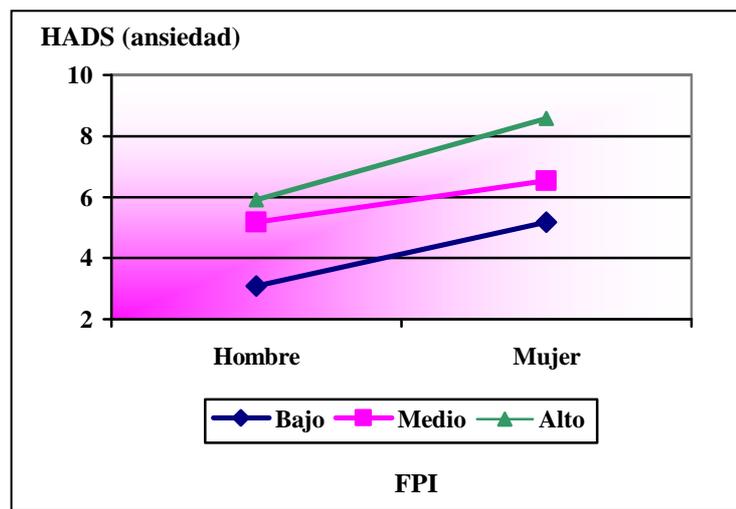
En un estudio donde participaron tres países europeos (Bélgica, Francia y Holanda) de Oddens, den Tonkelaar y Nieuwenhuyse (1999), eran evaluadas mujeres infértiles en términos del impacto emocional por su situación de infertilidad comparándose con mujeres sin antecedentes de infertilidad y que ya tenían un hijo. Las mujeres del grupo de infertilidad revelaron menor frecuencia de la actividad sexual, espontaneidad y satisfacción en comparación con el grupo de control y obtuvieron mayores puntuaciones de ansiedad.

Resultados diferentes se obtuvieron en el estudio de Repokari et al. (2007) en el que también se evaluó la relación marital un año después del éxito del tratamiento RA comparándose con un grupo de control fértil con embarazo espontáneo. Los autores concluyeron que la calidad de la relación sexual dos meses después del nacimiento del niño fue peor en los hombres del grupo de control (fértil) que en los hombres del grupo RA, sugiriéndose que el estrés sentido por los elementos de las parejas infértiles ha sido

protector frente a los estresores asociados al cuidado de un recién nacido.

El denominador común de todas estas investigaciones parece ser una vez más el efecto positivo del éxito del tratamiento sobre todo en el mejor ajuste psicológico, como si la compensación de ver su deseo cumplido permitiese reevaluar el posterior el sufrimiento experimentado durante las fases activas de los tratamientos. En nuestro estudio, una vez que los individuos se encontraban todavía en tratamiento y tenían aún expectativas muy acentuadas sobre el posible éxito, es posible que quienes manifestasen mayor desajuste emocional sean quienes sus experiencias negativas de fracasos en el pasado les hagan responder al estresor sexual con más ansiedad.

El análisis sexo x Preocupaciones de la Relación Conyugal sobre ansiedad ofrece igualmente diferencias para el primer factor ( $F_{\text{sexo}} (1,188) = 15,19; p_a = .0001$ ), y para el segundo factor ( $F_{\text{P. R. Conyugal}} (2,188) = 10,11; p_a = .0001$ ), no para la interacción ( $F_{\text{Sexo x P. R. Conyugal}} (2,188) = .602; p_a = .549$ ) (fig. 45):



**Fig. 45.- Sexo x P. Relación Conyugal y Ansiedad**

Existe efecto de los dos factores, por un lado las mujeres presentan siempre puntuaciones de ansiedad mayores y, por otro lado, cuanto mayor es la percepción de

estrés relacionado con la dinámica conyugal, mayores son los niveles ansiosos. Ya habíamos confirmado en anteriores análisis que el estrés asociado a las preocupaciones por las relaciones conyugales, en nuestro estudio estaba asociado con el aumento de manifestaciones psicopatológicas, especialmente en las parejas incongruentes, lo que había evidenciado las dificultades de comunicación que parecen existir entre ellas. Este escenario en que las mujeres expresan sus sentimientos negativos y los hombres aparentemente no lo manifiestan, según algunos autores puede explicarse por la clara distinción entre sexos a nivel de organización relacional de las parejas infértiles. En cuanto las mujeres experimentan el dolor emocional, el hombre proporciona el soporte y la energía para procurar solucionar el problema, intentando no dejarse vencer por la dificultad. Esta división funcional, que puede haber sido importante en la fase en que intentaban el embarazo (previos a los tratamientos RA), pero posee el riesgo durante el aumento de los tratamientos de volverse disfuncional, emergiendo sentimientos de aislamiento en los dos, y en particular en nuestro estudio, en las mujeres. Esta falta de sincronía a nivel de la expresión de los sentimientos es comprensible pero puede ser peligroso para el ajuste emocional, en particular en las mujeres. Arranz-Lara, Grymberg y Sugiyama (2001) en una investigación cualitativa con el objetivo de estudiar el deseo de maternidad en mujeres que se habían sometido a tratamientos de RA, evidenciaron que sus compañeros tenían características de sumisión, de pasividad, sin un fuerte deseo de paternidad pero toleraban y colaboraban con sus mujeres en los tratamientos. Estos comportamientos tan distintos entre hombres y mujeres aparecen demostrados en innumerables estudios. Taiwan, de Lee, Sun y Chao (2001) con el objetivo de comparar la manifestación del nivel de sufrimiento emocional entre hombres y mujeres y su impacto en la satisfacción marital por el diagnóstico de infertilidad constataron que las mujeres, independientemente que la causa

de la infertilidad fuera femenina ó masculina, presentaron peor satisfacción marital que sus compañeros. Estas diferencias son justificadas por los autores por razones culturales, pues la mujer en una sociedad altamente pronatalista, como es la cultura China, se posiciona en la árbol genealógico de la familia de su conyugue en función de su capacidad en tener hijos y, de esta forma se percibe como las mujeres infértiles manifiestan peor ajuste psicológico, particularmente en el nivel de autoestima y en los sentimientos de culpa hacia sus compañeros.

El estudio de Pook et al. (2004) evidencia también que la principal tarea de los hombres era asegurar que sus compañeras recibían apoyo emocional durante las etapas del tratamiento FIV. Curiosamente, las mujeres no percibían este esfuerzo de sus cónyuges, describiéndolos como poco conversadores e incapaces de compartir con ellas sus sentimientos, manteniendo una postura muy racional y que era sentida por sus mujeres como una actitud fría y distante. Los mismos resultados se verificaron en el trabajo de Cudmore (2005) donde algunas mujeres se consideraban inseguras y evidenciaban poca confianza en el valor que tenían para sus cónyuges. Sentían con ansiedad que su rol como compañeras pudiese estar en peligro y que sus parejas las abandonasen por no tener hijos o que permaneciesen con ellas pero manteniendo resentimientos.

Así pues, parece que la historia de vida de los dos elementos que componen una pareja es reevaluada constantemente comparándose la pareja imaginaria con la pareja real y que de esta comparación puedan surgir algunas decepciones y desilusiones; éstas a su vez, pueden conllevar dificultades de comunicación entre los elementos de la pareja, desencadenando sentimientos negativos que se son mantenidos en silencio para que el cónyuge no sufra tanto aumentando el nivel de sufrimiento solitario en las mujeres, como parece acontecer en los hombres de nuestra investigación. No obstante, estos

acontecimientos negativos no son generalizados a todos los individuos, en algunas parejas la vivencia de los tratamientos RA optimiza el acercamiento entre la pareja, verificándose un aumento significativo en términos de satisfacción conyugal y del nivel de cohesión entre ellos. Es decir, la experiencia del sufrimiento doloroso vivenciado mutuamente podrá aumentar el nivel de ajustamiento marital. Esta circunstancia fue confirmada por Slade et al. (1997), afirmando que las mujeres aunque hubieran demostrado peores niveles de ajuste conyugal en las fases iniciales de los tratamientos, manifestaron niveles de cohesión bastante elevados, sugiriéndose que a pesar que la pareja no estuviese siempre de acuerdo, presentaban un fuerte compromiso con el otro y con la propia relación. Resultados semejantes publica Peterson (2000), el autor demostró la existencia de concordancia entre el nivel de la percepción de estrés, en términos de preocupaciones por la relación conyugal, con la menor expresión de sintomatología ansiosa. En la misma línea, Holter et al. (2006) demostraron que los tratamientos FIV no tuvieron un impacto negativo en la relación de las parejas infértiles evaluadas, los autores propusieron que la mayoría de los cónyuges procuraron estar juntos para garantizar el apoyo que el otro podría necesitar durante el tratamiento FIV e inmediatamente después; en este periodo los lazos conyugales se fortalecieron para la mayoría, aunque los autores observaron que en un pequeño número de parejas se detectó un deterioro de la relación que requirió la intervención psicológica.

Parece entonces importante que se observen las diferencias individuales entre los individuos que se someten a los tratamientos de RA, pues estamos en una situación que puede ser considerada como un problema grave para un elemento de la pareja y con menor importancia para el otro, o incluso, que la manifestación del sufrimiento ocurra en momentos distintos entre los miembros de la pareja. Normalmente, el propio proceso de tratamiento tiende a promover el acercamiento, pues es necesario que ambos estén

conscientes de las opciones biomédicas que estarán a su disposición así como de sus implicaciones, pero si estos momentos sirven para discutir los aspectos biomédicos y no se ofrece un espacio para hablar de los sentimientos y emociones asociados al proceso, las parejas pueden verse inducidas mecánicamente en el proceso de tratamiento desvalorizando la importancia que tiene para sus sentimientos. En estos casos, el espacio de la intervención psicológica permitirá salvar este déficit de comunicación emocional permitiendo a la pareja la expresión de los sentimientos individuales así como la identificación de los factores y sentimientos contradictorios en el seno de la pareja que podrán en este espacio ser libremente presentados, ayudando a que ambos organicen sus emociones y expectativas a veces irrealistas y generadoras de sufrimiento cuando se elije pasar por estos procedimientos de forma solitaria.

El análisis sexo x Rechazo del Estilo de Vida sin Hijos sobre ansiedad ofrece diferencias estadísticamente significativas sólo para el primer factor ( $F_{\text{sexo (1,188)}} = 14,9$ ;  $p_a = .0001$ ), pero no en el segundo factor ( $F_{\text{Rechazo del estilo de vida (2,188)}} = 1,62$ ;  $p_a = .200$ ) ni en la interacción ( $F_{\text{Sexo x Rechazo (2,188)}} = 2,35$ ;  $p_a = .098$ ) (Fig. 46):

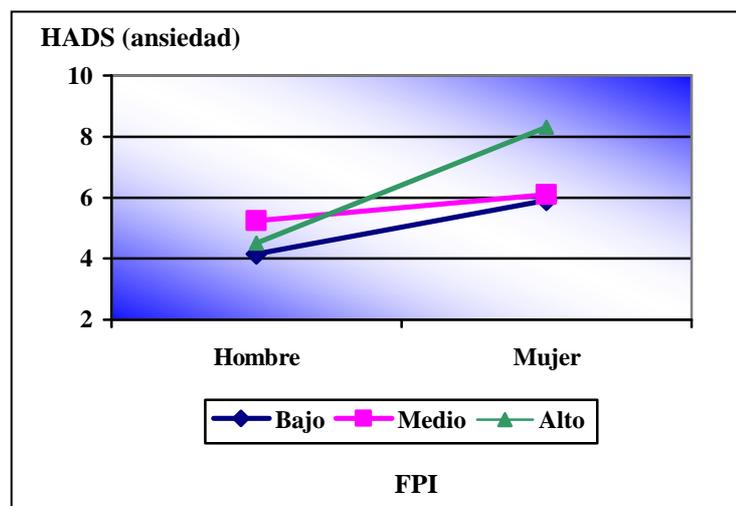


Fig. 46. - Sexo x Rechazo del Estilo de Vida sin Hijos y Ansiedad

Como podemos verificar existen diferencias en la manifestación de ansiedad, sin embargo, no está relacionado con el rechazo del estilo de vida sin hijos. Todas las mujeres evidencian puntuaciones más altas que los hombres posiblemente porque, como dicen Newton et al. (1999), tienen una visión extremadamente negativa sobre un futuro sin hijos y consideran que la satisfacción y la felicidad dependen de la existencia de descendencia biológica aunque parezca que están haciendo un gran esfuerzo para que no sea así.

Para algunas mujeres, su historia de vida engloba planos de embarazo, de nacimiento y de educación de niños y esta realidad plasmada en el hecho de que la pareja desee formar una familia, confiere una nueva dimensión para el individuo, para sentirse realizado consigo mismo, con los otros y con el mundo (Bridges, 2005; Figueiredo, 2006). Estas representaciones se forman muy pronto en la vida de los sujetos y por ello la infertilidad es vivida como una pérdida (Bridges, 2005). Como subraya Testart (1993, p 11):

*... desde siempre, los hombres y las mujeres sufrieron al ser privados de hijos y atribuyeron este destino a una maldición.*

El significado del fenómeno de infertilidad es, debido a la intencionalidad del deseo, como un movimiento consciente frustrado en la ausencia del niño deseado (Patrão-Neves, 2001). Para las mujeres que tienen su identidad muy intrincada en las dimensiones maternas, la imposibilidad en concretizar esta función hace aumentar su sufrimiento emocional. Los trabajos de Newton et al. (1992; 1999) verificaron que las mujeres infértiles que daban gran importancia a la maternidad, como parte integrante del cumplimiento del rol femenino, demostraban más reacciones negativas frente a los fracasos de los tratamientos RA; el trabajo de Copin et al. (1998) demuestra que en estos individuos el ajuste al rol parental que obtienen éxito en el tratamiento es representativamente peor. O sea, la asociación entre la mayor expresión de estrés asociado al rechazo del estilo de vida

sin hijos y el aumento de la ansiedad, con repercusiones incluso en la paternidad, es frecuente en la literatura.

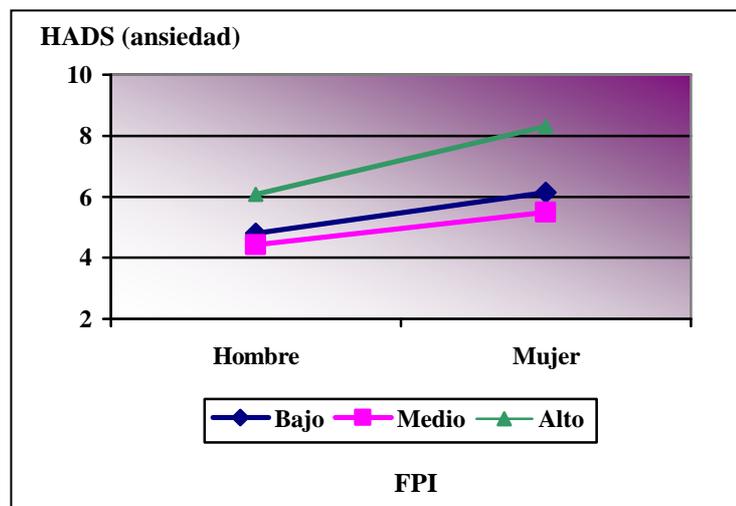
Otras investigaciones han demostrado el impacto negativo de la infertilidad en la calidad de vida asociada a la salud mental de los individuos. Fekkes et al. (2003), comparando los resultados de parejas infértiles con parejas sin problemas de fertilidad, concluyeron que la posibilidad de vislumbrar sus vidas sin hijos se vivenció en el grupo que aguardaba por el tratamiento FIV con más estrés en las mujeres jóvenes (edades entre los 21 y 30 años) que en el grupo de mujeres con más edad (31 a 40 años). Los autores justifican estas diferencias por un nivel educacional más bajo asociado a elevados índices de cogniciones maternas irracionales, como es acreditar que el principal objetivo de vida es tener un hijo, que la vida sin hijos es inútil y vacía, o que el mundo se mueve exclusivamente alrededor de los niños. Estas creencias irracionales estaban a su vez asociadas con un peor ajuste emocional y psicológico.

Una asociación más explícita entre la percepción de estrés asociado a la vivencia de infertilidad y el rechazo del estilo de vida sin hijos fue encontrado en una investigación de Schneider y Forthofer (2005), en que los autores procuraron identificar los factores psicosociales que más provocaban estrés durante varias de las etapas del tratamiento. Por un lado, los autores verificaron la existencia de mayores índices de estrés en las mujeres en oposición a los varones, por otro lado, pasado un año desde el inicio del tratamiento, los valores de estrés estaban asociados con la imposibilidad en crear una familia biológica. La importancia de la obtención del hijo biológico fue estudiado también por Wirtberg et al. (2007) quienes señalaron que esta pérdida de la posibilidad de descendencia biológica podrá acentuar la percepción de estrés en varias etapas del ciclo vital: una cuando los individuos perciben que no serán padres biológicos y otra, años más tarde, cuando también

se ven imposibilitados de convertirse en abuelos. La obtención de un estatus con identidad de «no padres» en las mujeres evaluadas se relacionó por el final de sus sueños y les forzó a una adaptación a un estilo de vida sin hijos, relativamente satisfactorio, aunque reconozcan que serían más felices si hubieron sido madres.

Pese a todo, la perspectiva negativa de un estilo de vida sin hijos se acentúa particularmente en los individuos infértiles que intentan las técnicas de RA, y no raras las veces, y la creencia de que la felicidad y satisfacción están en función de la obtención de un hijo biológico parece ser más valorado por las mujeres, y como consecuencia, si no consiguen esta perspectiva, a medida que se van sucediendo los fracasos de los tratamientos, el nivel de desajuste emocional va empeorando, como verificamos con el aumento de la manifestación de la ansiedad.

El análisis sexo x Necesidad de Parentalidad sobre ansiedad ofrece diferencias estadísticamente significativas para el primer factor ( $F_{\text{sexo (1,188)}} = 7,72$ ;  $p_a = .006$ ), y para el segundo ( $F_{\text{Necesidad P. (2,188)}} = 5,46$ ;  $p_a = .005$ ), pero una vez más no para la interacción ( $F_{\text{Sexo x Necesidad P. (2,188)}} = .375$ ;  $p_a = .688$ ) (Fig. 47).



**Fig. 47. - Sexo x Necesidad Parentalidad y Ansiedad**

Como podemos apreciar en la figura 47, los hombres presentan valores de ansiedad menores que las mujeres y cuanto mayor es la percepción de estrés debido a la necesidad de parentalidad mayores valores psicopatológicos.

Realmente durante los tratamientos de reproducción médicamente asistida, las parejas están constantemente balanceando dos posibilidades: por un lado, piensan en la posibilidad de ser permanentemente infértiles y la consecuente pérdida de paternidad, esto les implica un reajuste masivo de los planes de vida de la pareja; y por otro lado, un nuevo ciclo de tratamientos hace renacer la posibilidad de ser padres, tal como habían planificado. Toda esta incertidumbre asociada a esta fase, o esta ambigüedad es muy confusa, estresante y muchas veces insoportable, en particular para el sexo femenino.

En las mujeres que poseen la creencia de poder tener un embarazo cuando quieren, la negación de esta posibilidad les da falta de control sobre sus vidas y proyectos y les produce sentimientos negativos e insoportables. No poder escoger libremente sus opciones de vida, como señalaba Jaspers (Perdigão, 2001), potencia la desesperación y la angustia por no realizar con libertad los deseos y poder el sujeto ser responsable de su existencia y de su futuro. Así, en las mujeres para quienes tener un hijo es un aspecto integral de su identidad femenina, esta incapacidad de lograr el estado deseado de embarazo resulta una amenaza seria a su integridad como mujeres y, en nuestro estudio está claro que incrementa la ansiedad.

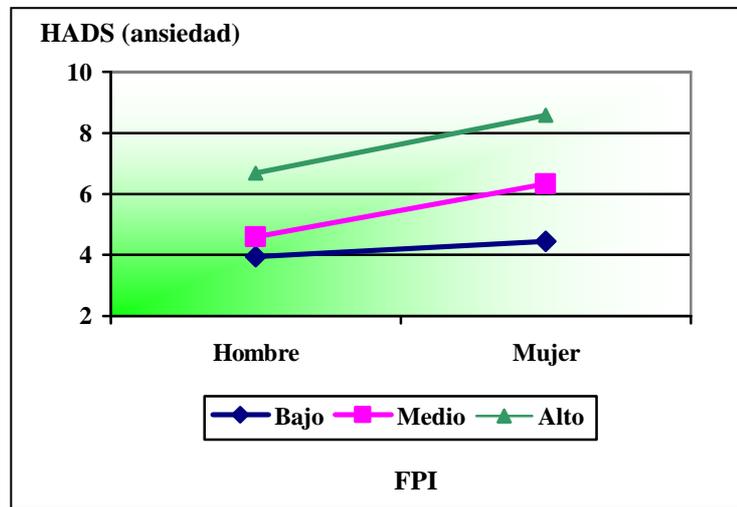
Diversas investigaciones han puesto de manifiesto la asociación entre la necesidad de ser padres y la necesidad de ajuste psicológico en las parejas infértiles, confirmando nuestros resultados en términos del mayor impacto negativo para las mujeres. Tarlatzis et al. (1993) intentó identificar el impacto psicosocial de la infertilidad en parejas griegas, concluyendo que la atribución de la maternidad en el rol femenino explica la mayor

ansiedad de las mujeres infértiles. Los autores enfatizan también que esta diferencia de distrés también se puede deber a la mayor permisividad y libertad de la expresión emocional en las mujeres, en oposición a la mayor inhibición para los varones. Este aspecto nos parece que también podría justificar las diferencias encontradas entre hombres y mujeres de nuestra investigación como ya habíamos discutido en otras dimensiones. Las diferencias culturales están del mismo modo presentes en el trabajo de Lee, Sun y Chao (2001), quienes destacaron la importancia dada a la maternidad por las mujeres en Taiwan, siendo considerado como el papel social más importante y que cuando la esperanza en tener hijos desaparece, tanto la mujer como sus padres, sienten vergüenza al enfrentarse a la familia de su marido. Igualmente Dyer, Mokoena, Maritz y Van der Spuy (2007) realizaron un estudio con parejas infértiles de Sudáfrica, y el motivo más frecuente e intenso para recurrir a las técnicas de RA fue la felicidad que las mujeres esperaban obtener con la llegada del niño. Al contrario que los estudios en occidente, los individuos también admitieron la influencia de las presiones sociales en el deseo de la paternidad, denunciando el papel tan importante de los niños en las comunidades africanas y cómo la condición de infertilidad puede ser muy amenazadora para los individuos infértiles.

Podremos entonces pensar que, aunque no encontramos en nuestro estudio repercusiones tan negativas en el ajuste emocional como en las culturas orientales y africanas, los individuos estudiados que valoran intensamente el papel parental, manifiestan mayor percepción de estrés, tienden a sentirse más deseosos en la obtención de éxito durante las etapas de los tratamientos RA y, como consecuencia, asistiese al incremento de la ansiedad, en particular las mujeres.

Semejante resultado se obtiene en el análisis del sexo x Estrés Global sobre ansiedad ofrece diferencias estadísticamente significativas para el primer factor ( $F_{\text{sexo}}(1,188) = 6,81$ ;

$p_a = .01$ ), y para el segundo factor ( $F_{\text{Estrés Global (2,188)}} = 12,06$ ;  $p_a = .0001$ ), pero no para la interacción ( $F_{\text{Sexo x Estrés global (2,188)}} = .684$ ;  $p_a = .506$ ) (Fig. 48):



**Fig. 48. - Sexo x Estrés Global y Ansiedad**

A semejanza de lo que ocurrió en la mayoría de las escalas del FPI, verificamos la existencia de efecto de los dos factores, por un lado, las mujeres presentan siempre puntuaciones de ansiedad mayores que los hombres y, por otro lado, cuanto mayor la percepción de estrés global asociado a la vivencia de infertilidad, mayores son los niveles ansiosos.

La mayor evidencia en las mujeres de tener una vida estresante podrá explicarse por ser en su cuerpo donde recaen las primeras sospechas de la existencia de un problema de infertilidad. Así mismo, las expectativas sociales que vehiculan la idea de que parte de su estatuto femenino se alcanza con la maternidad, también parecen tener un importante efecto en las mujeres, pues son ellas las que tienen que asumir un estatuto de vida que no engloba el papel materno. Así, tal vez se comprenda porqué son habitualmente las mujeres las que toman la iniciativa de buscar la ayuda médica especializada sometiéndose con mayor prontitud a las diversas tecnologías disponibles y tendiendo a minimizar las

consecuencias, como los efectos adversos de los tratamientos en su organismo. Moreira et al. (2006), concluyeron en su estudio que la probabilidad de una mujer de desarrollar estrés es 2,9 veces superior al ser infértil. Los factores asociados a la presencia de estrés y de ansiedad identificados por estos autores son: la ausencia de hijos en relaciones anteriores, el desconocimiento de la causa de infertilidad y la fase de investigación diagnóstica. En nuestro estudio no tenemos parejas en la fase de investigación diagnóstica, pero hay una porcentaje de un 85% de parejas con infertilidad primaria, o sea, la mayoría de las parejas no tienen hijos, y en un 13,2% de parejas se debe a factores idiopáticos o de infertilidad de causa desconocida, lo que representa un aumento considerable de factores de riesgo para la manifestación de sufrimiento emocional.

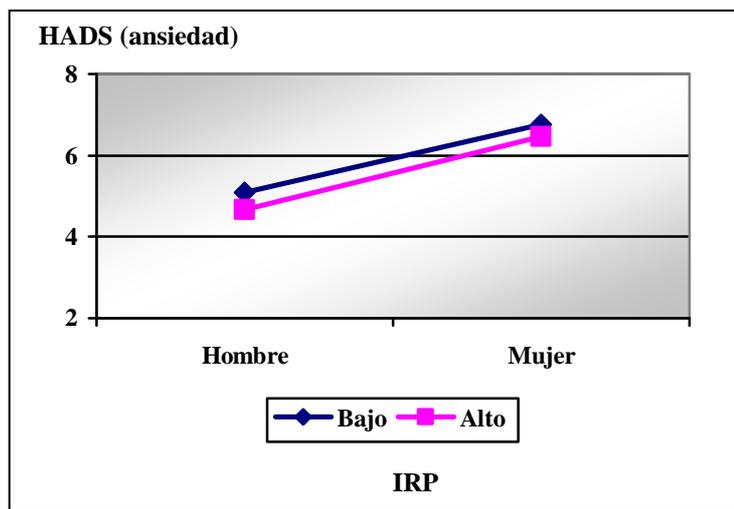
Algunas investigaciones internacionales han puesto de manifiesto la asociación entre la percepción de estrés asociada a la infertilidad y la manifestación más expresiva de sufrimiento emocional de las parejas infértiles cuando son comparadas con sujetos fértiles o con los datos de la población de referencia, denunciando la vulnerabilidad psicológica de los individuos infértiles (Fassino et al., 2002), con repercusiones más negativas emocionales en las mujeres infértiles, y con evidencia de mayores indicadores de estrés (Jordan & Ferguson, 2006), y con niveles altos de ansiedad y somatización (Ardenti et al., 1999; Wischmann et al., 2001; Ragni et al., 2005). Boivin y Schmidt (2005), acrecientan la posibilidad de la interferencia del estrés en los procesos biológicos pudiendo comprometer el éxito de la reproducción. La activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) en el periodo de estrés, va a interferir con la liberación de la hormona gonadotrofina rease (GnRH) del hipotálamo, que a su vez produce una cascada de otros eventos hormonales que desestabilizan la función reproductora. De esta forma, podemos comprender que la constante elevación emocional y estresante durante

los tratamientos médicos tiene un efecto al aumentar, especialmente en las mujeres, sus valores de ansiedad y que pueden incluso afectar al tratamiento. En la misma línea, Smeenk et al. (2005) encontraron en su estudio una asociación positiva entre los niveles de adrenalina durante la fase de pre tratamiento FIV y las puntuaciones de ansiedad. El éxito del tratamiento estaba asociado a valores bajos de adrenalina en la retirada de los óvulos así como en la transferencia de embriones. Es decir, quién tuviera menores indicadores de manifestación fisiológica de estrés, indicado por los niveles de adrenalina, fueron quienes consiguieron quedarse embarazadas. Los autores concluyeron que estados y rasgos psicológicos negativos están relacionados con el resultado final adverso del tratamiento. Sin embargo, resultados diferentes encontraron Anderheim, Holter, Berg y Möller (2005) que intentaron percibir el efecto del estrés psicológico sobre el éxito del FIV, realizando una investigación prospectiva y longitudinal con parejas durante el primer ciclo FIV. Los autores no encontraron ninguna asociación entre el estrés percibido por los individuos durante los tratamientos y el resultado del mismo, si bien los autores recurrieron exclusivamente a medidas de autoinformes, y además, encontraron en las mujeres del estudio niveles elevados de bienestar emocional previos al tratamiento FIV que de alguna forma contrastó con la impresión clínica obtenida personalmente. Como señalan los autores, nos parece que el factor de deseabilidad social es muy fuerte en estas personas que se sienten evaluadas de todas las maneras durante el proceso de tratamiento (tanto fisiológicamente como psicológicamente). Esta forma de supresión de sus sentimientos para ofrecer una imagen de «buena pareja» merecedora del tratamiento y consecuentemente de un niño puede claramente sesgar los resultados obtenidos.

De esta forma, parecen estar reunidos un conjunto de evidencias empíricas que apuntan a la necesidad de evaluación psicológica de los individuos infértiles, antes incluso

de empezar sus tratamientos biomédicos.

A continuación, realizamos el mismo tipo de análisis sobre la Ansiedad y la Depresión, pero esta vez además de la variable Sexo, introducimos como segundo factor las Estrategias de Afrontamiento obtenidas por el IRP categorizadas en dos grupos, Bajo y Alto. El análisis sexo x Petición de Ayuda sobre ansiedad ofrece diferencias estadísticamente significativas apenas para el primer factor ( $F_{\text{sexo}} (1,201) = 10,62$ ;  $p_a = .001$ ), no para el segundo ( $F_{\text{Pedido ayuda}} (1,201) = .449$ ;  $p_a = .504$ ), ni para la interacción ( $F_{\text{Sexo} \times \text{Pedido ayuda}} (1,201) = .011$ ;  $p_a = .915$ ) (Fig. 49).

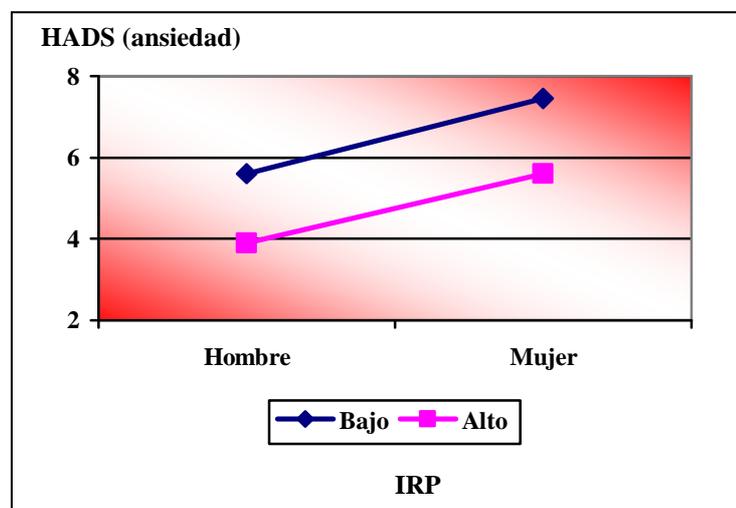


**Fig. 49. - Sexo x Petición de Ayuda y Ansiedad**

Los resultados indican que las mujeres presentaron siempre puntuaciones más elevadas de ansiedad independientemente de pidieren ó no auxilio a los otros. Estos efectos merecen una reflexión cuidadosa. En primero lugar, ya habíamos subrayado que era en el grupo de las mujeres donde se verificó la mayor expresión de distrés emocional coincidente con numerosos trabajos (Boivin, 1998; Peterson et al., 2008; Volgten et al., 2008). En segundo lugar, el hecho de que esta estrategia de afrontamiento no produzca efecto sobre la ansiedad podría explicarse haber utilizado una medida generalizada en las

estrategias de afrontamiento, cuando en esta dimensión se tiende a percibir la tendencia, en caso de mal ajuste del individuo, la petición de auxilio a familiares y amigos. Es decir, nos parece que la propia naturaleza y especificidad de la condición infértil hace que un comportamiento de petición de ayuda no sea tan desajustado del punto de vista psicológico. Otra posibilidad admisible es que algunos individuos podrían haber generalizado sus peticiones de ayuda hasta los profesionales de la salud y de medicina reproductiva, que a su vez, son genéricamente y considerados como fuentes de apoyo. Nuestros resultados difieren parcialmente de algunas investigaciones analizadas, por ejemplo, por Jordan y Ferguson (2006) que verificaron en su estudio que las mujeres demuestran niveles de preocupación superiores con respecto a sus problemas de infertilidad y, a su vez, esta preocupación les hace procurar más rápidamente ayuda. También identificaron una asociación entre aquellos que tienden a pedir más ayuda y la presencia aumentada de sintomatología ansiosa. En el mismo sentido, la investigación de Greil y McQuillan (2004) asegura que las mujeres infértiles que tienen intención de recibir tratamiento médico buscan más ayuda ya sea espiritual o convencional. O sea, esto nos hace pensar que es necesario que los individuos alcancen determinados umbrales de estrés, a partir de los cuales, se sienten sin recursos para lidiar con el problema de infertilidad y es entonces cuando piden ayuda. Cuando empiezan por percibir que tienen un problema de fertilidad, procuran que sean sus médicos de cabecera o ginecólogos los que les informen del problema, es éste persiste y tienen que continuar en los centros de reproducción, a medida que se van haciendo y cumpliendo con los tratamientos y éstos no son exitosos, es lógico que el nivel de sufrimiento emocional vaya aumentando y que entonces se demande otro tipo de ayuda, en particular el apoyo psicológico. Pero no siempre sucede así, como demostró el estudio de Boivin, Scanlan y Walker (1999), los

autores intentaban percibir cuáles eran los factores que contribuían a la baja adhesión y petición de terapias psicosociales de las parejas infértiles en tratamiento RA. La fuente de apoyo más frecuentemente de estas parejas fue el apoyo informal, como el soporte de su compañero, amigos y familiares, o la documentación sobre los aspectos emocionales disponibles en la clínica, periódicos o televisión; menos del 11% de las parejas recurrieron a fuentes de apoyo formal como psicólogos ó grupos de ayuda. Los autores atribuyeron a la discrepancia entre el interés sobre los aspectos emocionales y la petición de apoyo psicológico al hecho de que los individuos no se consideraban suficientemente desgastados como para necesitar de eso tipo de ayuda, incluso algunos individuos aún consideraban que tenían recursos de afrontamiento suficientes para sobrellevar el problema. O sea, el nivel de distrés sentido por los individuos cuando llegaban al punto de desgaste y de incapacidad es el que encaminará a los individuos a procurar apoyo formal. Esto es relativamente preocupante en nuestro estudio pues, a pesar de habernos registrado niveles de ansiedad en casi el 30%, ninguna de las parejas evaluadas estaba siendo acompañada por ningún servicio psicológico, ni tampoco ninguna pareja contactó con nosotros posteriormente a la entrevista para empezar algún tipo más formal de apoyo.



**Fig. 50. - Sexo x Afrontamiento y Resolución Activa P. y Ansiedad**

El siguiente análisis sexo x Afrontamiento y Resolución Activa de los Problemas sobre ansiedad se representa en la figura 50. Ofrece diferencias estadísticamente significativas para el primer factor ( $F_{\text{sexo (1,201)}} = 11,72; p_a = .001$ ) y para el segundo factor ( $F_{\text{Afrontamiento A. (1,201)}} = 11,64; p_a = .001$ ), pero no para la interacción ( $F_{\text{Sexo x Afrontamiento A. (1,201)}} = .014; p_a = .90$ ) (Fig. 50). Se evidencia efecto de los dos factores, así los hombres puntúan en todas las ocasiones con menor ansiedad que las mujeres y, a medida que los individuos recurren menos a estrategias de afrontamiento y resolución activa de los problemas, existe mayor ansiedad en particular en las mujeres.

Estos resultados podrán ser contextualizados en el énfasis e importancia que ya hemos destacado sobre las estrategias de afrontamiento orientadas hacia los problemas muy importantes en las parejas infértiles y más durante las fases activas de los tratamientos (RA), porque dan lugar a un proceso de toma de decisiones más consciente y responsable en todo el proceso. Estas estrategias tienden a promover el mayor entendimiento y aproximación entre la pareja y el equipo biomédico en los tratamientos, asegurándoles una mayor percepción de control de la situación que es bastante incontrolable. El manejo de estas estrategias activas en nuestro estudio en general mejora el nivel de sufrimiento emocional en las parejas y en particular en las mujeres. Estas evidencias han sido confirmadas en inúmeros trabajos, Peterson et al. (2006) aseguran que las parejas que están activamente implicadas en los tratamientos, aumentan la sensación de trabajo en equipo, y como consecuencia, aumentan su nivel de satisfacción conyugal. En la misma línea, Pottinger et al. (2006) demostró en su estudio que las parejas caribeñas tendían a recurrir a una combinación de estrategias de escape-avoidance, a la búsqueda de apoyo social y adopción de estrategias de resolución activas de los problemas, destacando que las mujeres las utilizaban con mayor intensidad. Los autores adelantaron que las estrategias de

búsqueda de información estaban asociadas a la disminución del estrés emocional de las mujeres. Sin embargo, una investigación de Peterson, Pirritano, Christensen y Schmidt (2008) que analizaba el efecto de las estrategias de afrontamiento del compañero en parejas infértiles obtuvo resultados paradójicos. Las parejas que usaron más estrategias de confrontación activas se enfrentaban con el problema de infertilidad en vez de escaparse del mismo, pero el efecto de esta estrategia de afrontamiento en los compañeros demostró que en los hombres sus niveles de desajuste conyugal aumentaban cuando sus compañeras recurrían a estrategias activas de afrontamiento. Es decir, parece que para estos hombres el significado que atribuyen a la participación de sus mujeres en los tratamientos les puede hacer pensar que el principal objetivo de sus vidas es la obtención de un niño relegando la relación conyugal o a ellos mismos a un tercer lugar.

El análisis sexo x Abandono Pasivo Frente la Situación sobre ansiedad ofrece diferencias estadísticamente significativas para el primer factor ( $F_{\text{sexo}}(1,201) = 11,15; p_a = .001$ ), y para el segundo factor ( $F_{\text{Abandono pasivo}}(1,201) = 5,37; p_a = .021$ ), tampoco para la interacción ( $F_{\text{Sexo x Abandono pasivo}}(1,201) = .019; p_a = .889$ ) (Fig. 51).

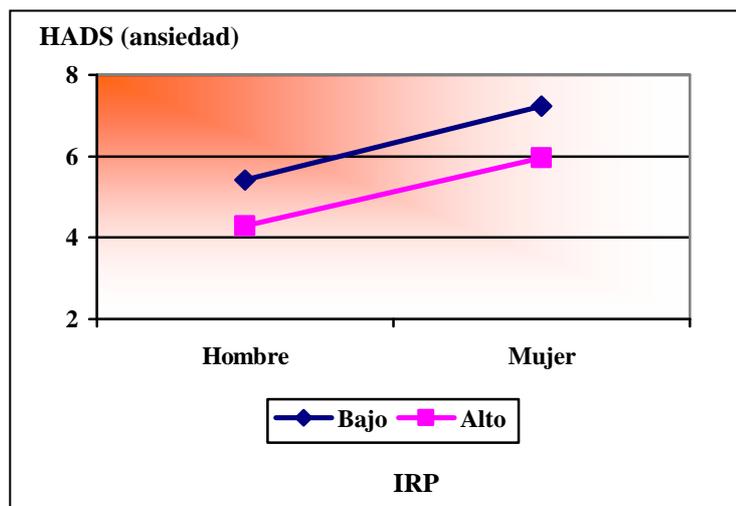


Fig. 51. - Sexo x Abandono Pasivo Frente la Situación y Ansiedad

Del mismo modo que en la estrategia anterior, existe efecto de los dos factores, por un lado las mujeres puntúan en todas las ocasiones con mayor ansiedad que los hombres, por otro, existe mayor ansiedad para quienes independientemente del sexo, recurren menos al abandono pasivo frente la situación.

En primer lugar, la presencia de mayor manifestación de ansiedad en el grupo de las mujeres infértiles de nuestro estudio es concordante con la mayoría de las investigaciones donde se observa la mayor ansiedad en las mujeres en oposición a los varones, confirmando que este tipo de psicopatología es una de las principales reacciones emocionales en mujeres infértiles como evidenciaron Melo, Leal y Faria (2006) población portuguesa (121 hombres y 80 mujeres).

En segundo lugar, podemos interpretar el recurso de abandono pasivo frente la situación de infertilidad como una estrategia de afrontamiento eficiente, es decir, debido a la naturaleza invasiva de los tratamientos, algunos autores, como Gerrity (2001) proponen que es esperable que las mujeres adopten estrategias de escape-avoidance para enfrentarse con el problema de infertilidad. Es como si el recurso a un pensamiento mágico ayudase las mujeres a fantasear sobre el hijo deseado y, por lo tanto, ayudándoles a mantener la esperanza en el éxito y en el tratamiento, aún cuando las probabilidades de triunfo son escasas, permitiéndoles continuar comprometidas con los exigentes tratamientos. Este comportamiento de abandono pasivo frente la situación podría ser el equivalente al distanciamiento propuesto por Lazarus y Folkman (Ribeiro & Santos, 2001) caracterizándose por una actitud de desprendimiento y tentativa de minimización de todo el potencial sufrimiento y desgaste inherente a los procedimientos médicos. En este sentido, el recurso a esta estrategia podrá efectivamente ser eficiente para manejar este suceso de naturaleza incontrolable, haciendo disminuir la manifestación del sufrimiento psicológico.

El estudio de Verhaak et al. (2005) produjo resultados semejantes, concluyendo que las estrategias de evasión amortiguan el nivel de desajuste durante las fases de incertidumbre de los tratamientos. Pero, los autores advierten que estas estrategias funcionan solamente para enfrentarse a situaciones a corto plazo, o sea, cuando el estresor cambia, como es frecuente en situaciones de infertilidad, es necesario recurrir a otras estrategias.

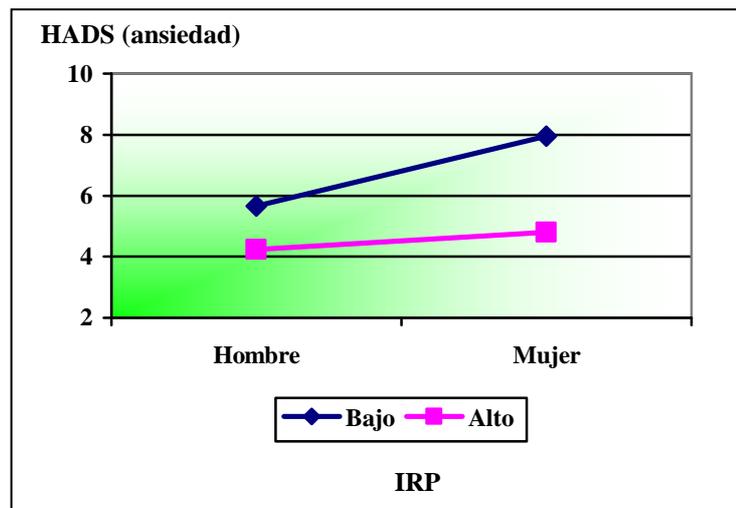
Resultados discrepante ofrece el trabajo de Mikulincer et al. (1998) constatando la presencia de mayor desajuste emocional en individuos infértiles con características de evasión del problema. Supuestamente éstos poseen creencias positivas sobre sus habilidades para manejar las situaciones de infertilidad, aunque la supresión de los afectos y pensamientos negativos aparentemente no haya sido muy eficaz para prevenir el desgaste emocional. Lancaster y Boivin (2005) confirmaron que los individuos con tendencia a responder a las situaciones de tensión, ansiedad o preocupación son habitualmente de forma menos optimista, tienden a recurrir a estrategias de afrontamiento como el pensamiento mágico ó de evasión. Los autores proponen que las personas con disposición optimista tienen una respuesta más favorable al tratamiento RA, pues los que están más motivados y adoptan comportamientos más saludables, recurren a estrategias de coping más orientadas a la resolución de los problemas.

Del mismo modo, el trabajo de Peterson et al. (2008) constató que el recurso a estrategias pasivas de evasión, como es esperar a que ocurra un milagro, aumentó la morbilidad psicológica, cuando ambos los elementos de la pareja recurrían a esta estrategia, en oposición a las parejas que no lo hacían.

Estos resultados discrepantes, encontrados en la literatura, pueden ser justificados en primer lugar, en el recurso a la utilización de diferentes cuestionarios para evaluar las estrategias de afrontamiento, pudiendo estar el constructo representado por dimensiones o

categorías distintas; en segundo lugar, también conviene acentuar las posibles diferencias culturales entre las investigaciones internacionales analizadas, por ejemplo, la actitud pasiva de “ponerse en las manos de Dios” es habitual y frecuente en la cultura con tradiciones Judaico-Cristiana, típica de la mayoría de los individuos católicos entrevistados y, en ese sentido percibimos como en nuestro estudio el recurso a dicha estrategia ha sido protector de la salud mental de los individuos.

El análisis sexo x Control Interno/Externo de los Problemas sobre ansiedad ofrece diferencias estadísticamente significativas para el primer factor ( $F_{\text{sexo (1,201)}} = 8,32$ ;  $p_a = .004$ ), y para el segundo factor ( $F_{\text{Control i/e (1,201)}} = 2,81$ ;  $p_a = .001$ ), pero tampoco para la interacción ( $F_{\text{Sexo x Control i/e (1,201)}} = 2,81$ ;  $p_a = .09$ ) (Fig 52).



**Fig. 52. - Sexo x Control Int./Ext. de los Problemas y Ansiedad**

El efecto está presente en los dos factores, por un lado, las puntuaciones de ansiedad son más elevadas en las mujeres, por otro lado, quién percibe falta de control sobre el problema, manifiesta también mayor ansiedad. La dimensión incontrolable de la infertilidad ha sido ampliamente comprobada, siendo frecuente que las mujeres aludan a la pérdida de control en un área de su vida adulta que ha sido anteriormente controlada por la

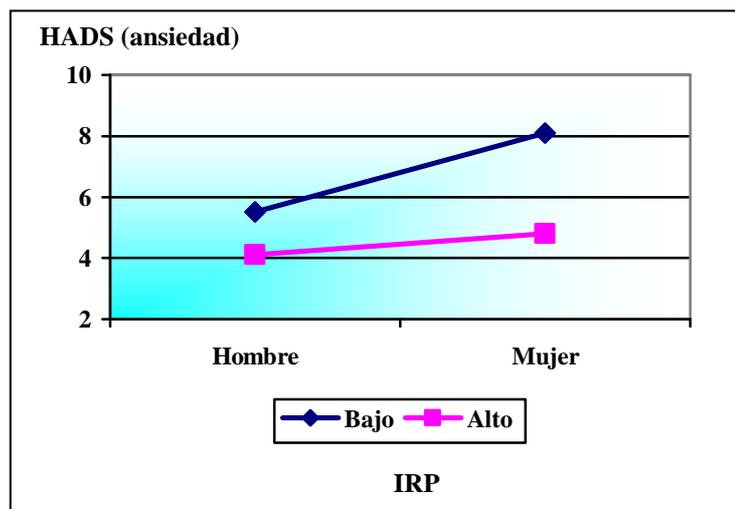
anticoncepción.

A partir de la introducción de los métodos contraceptivos se asiste a un cambio de paradigma, dándose a las mujeres la posibilidad de controlar a su aparejo reproductivo, pasando a un nivel de maternidad consciente y deseada. Cuando la imposibilidad de concretizar este deseo aparece, su percepción de control se desvanece, pudiendo dar lugar a la instauración de una perturbación psicológica. Estos resultados son concordantes con numerosos estudios descritos en la literatura. Clarke et al. (2006) encontraron en su investigación, que las mujeres con formación superior y de clase media-alta que fueron socializadas en la creencia de que controlaban sus vidas creían que los sucesos positivos y negativos eran producto de sus capacidades, es decir, cuando mujeres “auto-suficientes” se enfrentan con la realidad impuesta por la situación de infertilidad sienten fuerte pérdida de control de su identidad corporal que contrasta con las representaciones sociales de feminidad y de maternidad. Atendiendo a que es en el cuerpo de la mujer donde recaen la mayoría de los procedimientos médicos y el resultado del tratamiento, sea positivo ó negativo, no es difícil aceptar que las mujeres presenten mayores valores de ansiedad cuando perciben la falta de control de una situación que antes controlaban. Resultados semejantes son los de Lord y Robertson (2005) donde las mujeres infértiles manifestaron poco sentido de control personal sobre su problema e incluso algún grado de pesimismo sobre el éxito del tratamiento médico. En el mismo sentido, Verhaak et al. (2005) constataron que la falta de control perdido por la infertilidad se asociaban a sentimientos de desesperanza y estaba relacionado con la menor probabilidad de obtención de éxito en el tratamiento RA.

Admitiendo que efectivamente los individuos pueden controlar poco el éxito del tratamiento desde el punto de vista tecnológico, sería importante que el equipo biomédico

podiese ofrecer a la pareja y, en particular a las mujeres, una interacción que imprimiese la sensación de que también pueden controlar positivamente la situación, reflexionando, por ejemplo, sobre los procedimientos médicos que van a realizar, dándoles la posibilidad de escoger entre alternativas diferentes, promoviendo así una forma de control psicológico que permitirá reducir las consecuencias desgastantes de los tratamientos.

El análisis sexo x Estrategias de Control de las Emociones sobre ansiedad ofrece diferencias estadísticamente significativas para el primer factor ( $F_{\text{sexo (1,201)}} = 11,12$ ;  $p_a = .001$ ), y para el segundo factor ( $F_{\text{E. Control emociones (1,201)}} = 21,39$ ;  $p_a = .0001$ ), pero no para la interacción ( $F_{\text{Sexo x E. Control emociones (1,201)}} = 3,48$ ;  $p_a = .064$ ) (Fig. 53):



**Fig. 53. - Sexo x E. Control de las Emociones y Ansiedad**

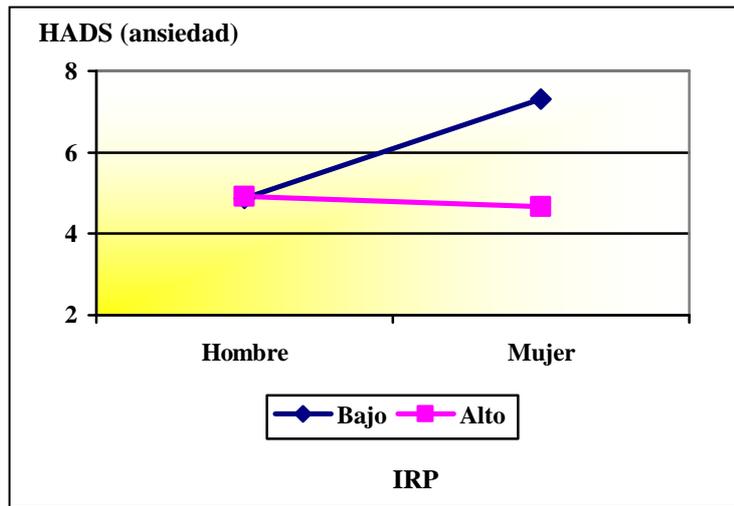
Una vez más encontramos efecto en los dos factores, las puntuaciones de ansiedad son más elevadas en las mujeres y en los sujetos con menor control sobre sus emociones. La mayor presencia de manifestación ansiosa en los individuos que no tienen percepción de control de sus emociones, en particular las mujeres, podría justificarse esencialmente en dos dimensiones. Por la tendencia, consensualmente generalizada, de que las mujeres tienen mayor propensión y habilidad para expresar emociones surtiendo un efecto protector

cuando éstas se asocian con la problemática asociada a la infertilidad; y por otro lado, el recurrir a estrategias de control emocional cuando tienen que afrontar los fracasos de los tratamientos es eficaz para paliar el nivel de sufrimiento experimentado, permitiéndoles una reorganización psicológica y la adopción de estrategias de afrontamientos más orientadas a la resolución de los problemas y para el consecuente engranaje en un nuevo ciclo de tratamientos. O sea, es importante que el recurso a esta estrategia de afrontamiento sea puntual y focalizado en los momentos incontrolables del proceso como es por ejemplo el resultado negativo del test de gravidez. Cuando las mujeres recurren poco a esta forma de coping, como verificamos en nuestro estudio, o cuando las usan exclusivamente la ruptura con los sentimientos negativos será muy difícil, pudiéndose instalar cuadros psicopatológicos más graves. Lancaster y Boivin (2005) enfatizan que en las mujeres con un perfil psicológico caracterizado por el pesimismo recurrían habitualmente a estrategias de control emocional para paliar con el sufrimiento resultante la problemática de infertilidad, resultando invariablemente la evasión del problema y, un mayor sufrimiento emocional. Pottinger et al. (2006) verificaron que para las mujeres que luchaban contra su infertilidad con estrategias focalizadas en la emociones, les aumentaba los sentimientos de culpa y de aislamiento, elevando el riesgo de la morbilidad psicológica. Pero, a semejanza de nuestros resultados, las mujeres aunque hayan demostrado una predisposición mayor para hablar sobre sus sentimientos y una tendencia a rumiar sobre su experiencia de infertilidad, en general las mujeres alternaran las estrategias de control emocional con las orientadas a la resolución de problemas. Curioso fue el hecho de que las estrategias que los hombres más utilizaron fueron las que les permitían no hablar sobre su condición, manteniendo sus sentimientos para sí mismos, en una actitud de intimidad hasta adquirir la habilidad para manejar el problema. Este comportamiento de aparente inhabilidad de los

hombres en hablar de sus sentimientos y emociones es un estereotipo comúnmente aceptado y frecuentemente probado en la literatura científica; el estudio de Peterson et al. (2008) asegura que este comportamiento típico en los varones, entra invariablemente en conflicto con la forma en que su compañera deseaba luchar con el problema de infertilidad. Cuando las parejas no están de acuerdo sobre la forma de solucionar sus problemas y sus respuestas emocionales, los conflictos conyugales aumentan. Este comportamiento de los varones de aparente hándicap emocional, como hemos referido anteriormente, por un lado, parece inscribirse en una forma habitual de expresión con raíces culturales profundas, que no significa que los individuos no se queden afectados negativamente por los problemas, simplemente que adoptan formas distintas de demostrarlo. Una vez que las mujeres tienden a manifestar su desagrado con respecto al bajo nivel de expresión emocional de sus compañeros y que es interpretado como una ausencia de interés sobre la temática o como una falta de voluntad para ser padres, es importante desmitificar junto con las mujeres que este comportamiento es habitual y normativo en los hombres, en el sentido que les aporta algún grado de tranquilidad; Lemmens et al. (2004) afirmó que en terapias de grupo, las mujeres se sintieron criticadas por sus compañeros cuando éstos comentaron que el deseo de un hijo estaba dominando la vida de sus compañeras; pero, cuando la terapeuta había reformulado el comentario evidenciando que era una preocupación real con su compañera, las mujeres se sintieron agradablemente sorprendidas. Para finalizar este apartado, nos parece también importante una reflexión sobre los resultados de Boivin et al. (1999) que encontraron un conjunto de variables emocionales relativamente semejantes entre las parejas infértiles, advierten que muchas investigaciones sobre infertilidad se centran en la intensidad del sufrimiento emocional recurriendo, por ejemplo, a cuestionarios de desajuste psicológico (ansiedad y depresión) que como en general se basan en síntomas, pueden

detectar con más facilidad los niveles de sufrimiento en las mujeres.

A continuación se realiza el análisis sexo x Actitud Activa de No Interferencia de la Vida Cotidiana sobre ansiedad (Fig. 54):



**Fig. 54. - Sexo x Actitud Activa de No Interferencia y Ansiedad**

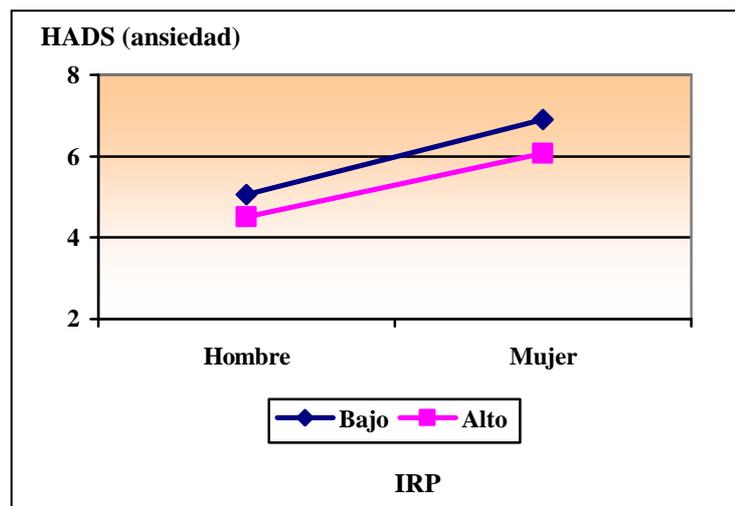
Ofrece diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones, para el primer factor ( $F_{\text{sexo (1,201)}} = 3,83; p_a = .05$ ), para el segundo factor ( $F_{\text{Actitud Activa (1,201)}} = 5,33; p_a = .022$ ), y para la interacción ( $F_{\text{Sexo x Actitud Activa (1,201)}} = 5,74; p_a = .018$ ). que mientras las mujeres reaccionan con sintomatología ansiosa al no permitir que el problema afecte a su vida cotidiana, los hombres independientemente de la utilización de esta estrategia ofrecen valores menores de ansiedad.

Con el seguimiento de los tratamientos médicos y con la consecuente afectación de la rutina diaria, estas mujeres realizan una actitud activa de no interferencia en la vida cotidiana de los problemas de infertilidad, y realizan un gran esfuerzo para que otros papeles de sus vidas se mantengan inmunes al distrés psicológico asociado al problema de infertilidad, obteniendo así la satisfacción y realización en otras áreas de sus vidas. Así, en nuestro estudio, ésta parece ser una estrategia eficiente y protectora contra el aumento de

distrés emocional pero sólo en las mujeres estudiadas.

Si consideramos la adopción de estrategias de escape-evitación como son los esfuerzos cognitivos y comportamentales para escapar o evitar el problema equivalentes a nuestro estudio con la estrategia de no interferencia, verificamos que la mayoría de estudios evidencian como el recurso a estrategias de evasión superiores en las mujeres están asociadas con el aumento del sufrimiento emocional (Morrow, Thoreson & Penney, 1995; Lancaster & Boivin, 2005). Peterson et al. (2008) aseguran que el recurso a la estrategia de evasión activa estaba positivamente asociado al estrés personal, estrés social y conyugal, tanto en hombres como en mujeres. Los autores analizaron el efecto que tenían las estrategias de afrontamiento de un elemento en su conyugue (*partner effect*), verificando que el bajo recurso a esta forma de coping por un elemento de la pareja hace aumentar el distrés personal y conyugal en el otro. Por lo demás, cuando uno de los miembros de la pareja no recurre a esta estrategia aunque esté en incongruencia, protege al conyugue de la manifestación de distrés emocional. Es como si fuera importante que uno de los elementos de la pareja se distanciase del problema permitiendo el engranaje y el enfrentamiento a constantes nuevos ciclos de tratamientos y, paralelamente, que el otro elemento más consciente del problema esté imponiendo algunos límites, a veces necesarios e importantes para el proceso de toma de decisiones, por ejemplo, a la hora de finalizar con los tratamientos. Este interesante resultado nos ayuda a explicar los nuestros, aunque no hayamos evaluado el efecto de las estrategias en los compañeros, se verifica que para los hombres de nuestro estudio es indiferente adoptar o no estas estrategias, dando la impresión que para ellos es tan evidente adoptar una actitud activa para enfrentarse con el problema que está implícito la ausencia de interferencia de dicho problema en sus vidas. Otra lectura admisible es que la presencia de una creencia irracional de que el problema de

infertilidad es de su compañera y que ellos poco o nada pueden hacer para afrontarlo, a este respecto, algunos estudios denuncian la ausencia de intención de los varones en alterar algunos comportamientos de su estilo de vida y que pudiesen aumentar su fertilidad como por ejemplo, dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas (Throsby & Gil, 2004; Pook et al. 2004). Esto rechazo por alterar su estilo de vida puede ser interpretado como un genuino escepticismo de que las alteraciones comportamentales podrían promover y ayudar la fertilización, como pueden representar la ausencia de reconocimiento de que ése también es un problema suyo. Y una vez más vemos como una actitud de distanciamiento sobre el problema es más frecuente en los varones y como esa circunstancia favorece la ausencia de distrés emocional. Por lo contrario, las mujeres parece que tienen que hacer un esfuerzo suplementario para no dejar que la problemática de infertilidad invada otras esferas de sus vidas, promoviendo incluso su sentido de integridad personal y de autoestima protegiéndose de la manifestación de sintomatología ansiosa y denunciando el efecto protector que esta estrategia asume para las mujeres infértiles estudiadas.



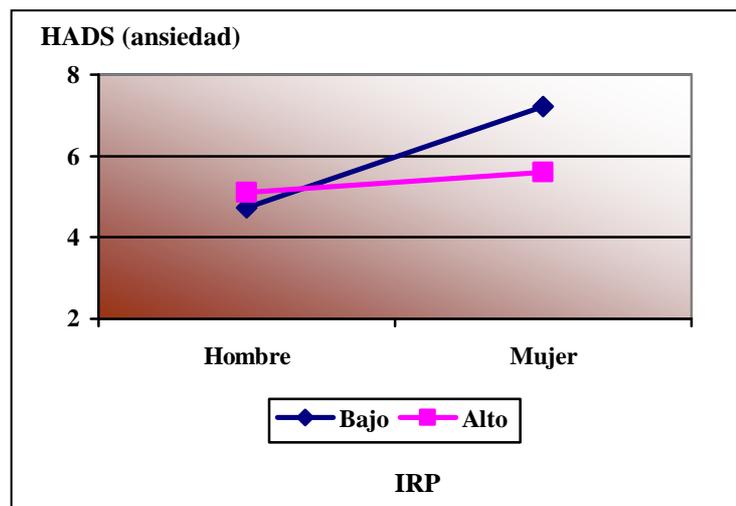
**Fig. 55.- Sexo x Autoculpabilización y Miedo y Ansiedad**

El análisis sexo x Autoculpabilización y Miedo a las Consecuencias sobre ansiedad ofrece diferencias estadísticamente significativas, solamente para el primer factor ( $F_{\text{sexo}}$

(1,201) = 9,05;  $p_a = .003$ ). No se encontraron efectos para el segundo factor ( $F_{\text{Autoculpabilización}}$  (1,201) = 1,31;  $p_a = .253$ ), ni para la interacción ( $F_{\text{Sexo} \times \text{Autoculpabilización}}$  (1,201) = .101;  $p_a = .751$ ) (Fig. 55).

Los resultados indican que las mujeres que se autoculpabilizan y que tienen miedo a las consecuencias presentan mayores puntuaciones de ansiedad. Hemos señalado como es importante que las parejas infértiles cuando optan por los tratamientos RA estén conscientes y informados sobre los costos y beneficios de todos los tratamientos que el equipo biomédico les prescribe, pues así se garantiza, su consentimiento y lo que es más importante que participen activamente en el proceso de forma que cumplan con las complejas exigencias prescritas. Este proceso reflexivo, sobre todos los procedimientos biomédicos, ayuda también a la pareja a enterarse y aproximarse al proceso y a incorporar un lenguaje técnico muy específico, que del punto de vista psicológico, les suscita una sensación de control sobre una situación considerada como incontrolable. Sin embargo, este comportamiento de responsabilización de los individuos infértiles comporta algún riesgo, pudiendo especialmente en las mujeres desarrollar sentimientos de culpa, es decir, la constante reevaluación de la situación junto al proceso de toma de decisiones acentúa la responsabilidad y parece provocar en algunas mujeres una necesidad de atribución de culpables de la situación, que invariablemente acaban por ser ellas mismas. Esta asociación de la aceptación de la responsabilidad con el aumento del sufrimiento emocional fue encontrada en numerosos estudios realizados la población infértil, así el trabajo de Pottinger et al. (2006) encontró diferencias estadísticamente significativas entre la forma como hombres y mujeres afrontaban la problemática de infertilidad en particular y un recurso excesivo de las mujeres a autoculpabilizarse, aliado a un comportamiento de aislamiento para que los otros no se enterasen de su dolor, contribuyendo así al aumento

del desajuste emocional. Es interesante señalar que Peterson et al. (2006) encontraron un patrón de recursos a estrategias de afrontamiento de aceptación de la responsabilidad tanto en hombres como en las mujeres, aunque verificase una asociación entre la mayor percepción de estrés y la disminución del ajuste conyugal tan sólo en las mujeres. O sea, tal y como ocurre en nuestro estudio, la creencia que la infertilidad es un problema femenino aún persiste muy arraigado en el pensamiento de las mujeres conduciéndoles a la necesidad de dar explicaciones y justificaciones a lo que les parece no tener sentido. Ahora que se sienten preparadas para tener hijos no lo consiguen y algunas mujeres buscan entonces indicios de maldad en su pasado que pueda justificar la condición de infertilidad, es decir, se autculpabilizan por sus comportamientos pasados como por ejemplo, su opción de usar contraceptivos, de haber hecho alguna interrupción voluntaria del embarazo o por haber dado algún niño en adopción. Todo ello nos lleva a admitir la posibilidad de que cualquier factor puede aliarse con los niveles bajos de autoestima y conducir al aumento de la culpabilización y al miedo de un futuro sin hijos, aumentando consecuentemente sus niveles de ansiedad.



**Fig. 56. - Sexo x Afrontamiento y Planificación y Ansiedad**

El análisis sexo x Afrontamiento del Problema y Planificación de la Estrategia sobre

ansiedad ofrece diferencias estadísticamente significativas, a semejanza del factor anterior, tan sólo en el primer factor ( $F_{\text{sexo (1,201)}} = 7,73; p_a = .006$ ). No se encontró efecto ni para el segundo factor ( $F_{\text{Afrontamiento y P. (1,201)}} = 1,32; p_a = .252$ ), ni para la interacción ( $F_{\text{Sexo x Afrontamiento y P. (1,201)}} = 3,4; p_a = .066$ ) (Fig. 56).

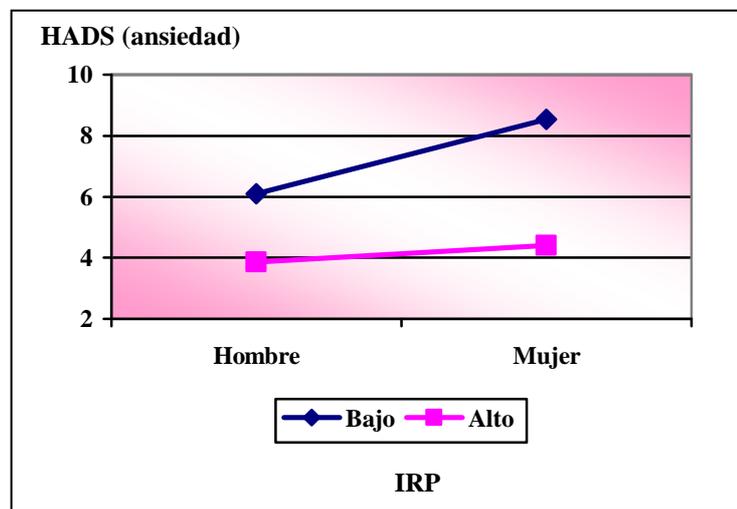
Del mismo modo que en la estrategia anterior, las mujeres que menos afrontan el problema ni planifican una estrategia son las que manifiestan mayor sintomatología ansiosa.

Como ya enfatizamos, las estrategias activas como es el afrontamiento del problema y la planificación de una estrategia en parejas infértiles es más adaptativo y promueve un bienestar emocional, en concordancia con la mayoría de las investigaciones realizadas (Suárez, 2000; Peterson et al., 2006; Pottinger et al., 2006). En nuestro estudio, las mujeres que participan menos en los tratamientos, las que se quedan tan desorganizadas ante esta adversidad, y que no consiguen movilizar recursos para delimitar lo que van hacer en el futuro (si van o no a seguir con los tratamientos médicos), sí no intentan aumentar su nivel de información sobre la temática y así decidir de forma más consciente y responsable sobre las posibilidades terapéuticas disponibles, se sienten frecuentemente con menos control sobre su problema y, en consecuencia, sienten se más ansiosas.

En nuestro estudio, lo que podremos especular es que independientemente de la forma de los hombres afronten la situación de infertilidad, su salud mental parece mantenerse inalterada al contrario de lo que ocurre con las mujeres que acentúan su sintomatología ansiosa si no se enfrentan activamente en la resolución del problema de infertilidad, admitiendo así la existencia de diferencias interindividuales entre los elementos de la pareja. Es posible que estos comportamientos de mayor actividad y de confrontación activa de las mujeres haga que los problemas puedan ser interpretados por

sus compañeros como un comportamiento casi obsesivo y que necesite de algún tratamiento para que la pareja no se ahogue en el problema.

Por último, el análisis de sexo x Estrategias de Afrontamiento Totales sobre la ansiedad ofrece diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones, para el primer factor ( $F_{\text{sexo (1,201)}} = 9,94; p_a = .002$ ), para el segundo factor ( $F_{\text{E. Afrontamiento Totales (1,201)}} = 45,02; p_a = .0001$ ), y para la interacción ( $F_{\text{Sexo x E. Afrontamiento Totales (1,201)}} = 4,01; p_a = .047$ ) (Fig. 57):



**Fig. 57. - Sexo x E. Afrontamiento Totales y Ansiedad**

Tanto en hombres como en mujeres si no utilizan estrategias globales de afrontamiento suben las puntuaciones de ansiedad, pero de forma mucho más expresiva en las mujeres. Como hemos visto las estrategias de predicen un mejor ajuste emocional en las parejas infértiles son las estrategias activas o centradas en la resolución de los problemas, aunque en determinadas situaciones también sea ajustado recurrir a estrategias de control emocionales, especialmente cuando las parejas tienen que paliar fenómenos incontrolables, como los fracasos de los tratamientos. Atendiendo a que las características de las situaciones del tratamiento de infertilidad podrán ser comparadas con una jornada en

una montaña rusa emocional con altos y bajos que tienen que ver con las fases iniciales del tratamiento en que la expectativa en el tratamiento es elevada, es más favorable la presencia de estrategias activas y, por otro hace los habituales fracasos de los tratamientos, con la emergencia de sentimientos de frustración, desesperanza y rabia es importante reaccionar con estrategias de control emocional para aminorar el impacto y prevenir el establecimiento de sintomatología ansiosa. En este sentido, cuando los sujetos son capaces de movilizar las estrategias totales de afrontamiento (que engloban las dos dimensiones) mejor es el nivel de ajustamiento emocional en particular este efecto protector actúa en las mujeres estudiadas.

Estos resultados son confirmados por la mayoría de estudios, aunque los instrumentos utilizados para medir las estrategias sean diferentes y los momentos en que se realicen las evaluaciones también, pero un análisis más detallado de sus conclusiones nos permite percibir las matizaciones de esta problemática que pasamos a describir. En primer lugar, en la mayoría de estudios se evidencia la presencia de mayor desajuste emocional cuando los individuos recurren a estrategias de afrontamiento pasivas o mal ajustadas. Por ejemplo, Chachamovich, Chachamovich, Zachia, Knauth y Passos (2007) evaluaron la calidad de vida en 177 mujeres infértiles brasileñas, concluyendo que las mujeres que evidenciaron mejores índices de calidad de vida fueron las de mayor edad, porque habían perfeccionado el recurso y las estrategias de afrontamiento ante su problema de infertilidad. En la misma línea, una investigación descriptiva que evaluó los estresores y respectivas estrategias de afrontamiento de 150 mujeres infértiles iraníes, confirmó que las principales estrategias de coping utilizadas fueron las orientadas hacia para la afección (*affection-oriented*) incluyendo el comportamiento de rezar y confiar en Dios, denunciando el fuerte componente religioso de esta cultura. Otra estrategia muy utilizada

por estas mujeres fue la de llorar, porque les permitía sentirse aliviadas. Con respecto a las estrategias orientadas a la solución de los problemas, la más frecuente utilizada fue la aceptación de la situación.

Es decir, la movilización de adecuadas estrategias de afrontamiento es importante para amortiguar el nivel de sufrimiento emocional experimentado por los individuos infértiles, con particular efecto protector en las mujeres evidenciando de esta un efecto diferenciado de las estrategias de afrontamiento entre los elementos de las parejas. Hsu y Kuo (2002) compararon las estrategias de afrontamiento y sus repercusiones en el ajuste emocional de 120 parejas infértiles chinas, demostrando que las mujeres, en contraste con sus compañeros, revelaron mayor desajuste asociado al recurso de estrategias de afrontamiento negativas como el coping confrontativo, de autocontrol, aceptación de la responsabilidad y la estrategia de escape-avoidance. Este mejor nivel de ajuste emocional en los hombres es confirmado por Stanton (2002) quien identificó que un 83% de los hombres infértiles estudiados tendían a evaluar a los individuos del mismo sexo en infertilidad peor que ellos propios; en contraste, las mujeres tendían a solidarizarse con la problemática de sus congéneres pudiendo así no tan sólo sufrir con su problema sino también con el problema de infertilidad ajeno. Curiosamente, los varones de la investigación de Lee et al. (2000) recurrieron más a la estrategia que definieron como “sentirse el mejor” (*“being the best”*) que incluye una actitud positiva que podría ser equiparada en nuestro estudio a una actitud global de los varones que podrá ser interpretada como un comportamiento de anestesia emocional, dado que independientemente de las estrategias de coping movilizadas los varones no manifiestan sufrimiento emocional, como sí el problema de infertilidad no tuviese impacto en sus vidas. Algunos autores han propuesto la creación de instrumentos de evaluación de las

estrategias de afrontamiento específicos para los estresores de la infertilidad. En este sentido, Benyamini et al. (2008) creó un instrumento de coping adaptado a la infertilidad para parejas israelitas. Las estrategias asociadas al peor ajuste emocional fueron las estrategias de evitación emocional, por ejemplo, la estrategia de “gestión de problemas” y la “rabia auto-dirigida”; las estrategias que los autores encontraron asociadas al mejor ajuste fueron las estrategias de apreciación de los problemas, como la “reinterpretación positiva” y estrategias de “acercamiento emocional” y “cuidar de sí mismo”, y que por tanto, el recurso de estrategias de evitación emocional, también en el contexto específico de infertilidad, están asociadas a estrategias conductuales y cognitivas desajustadas, tales como la auto-negligencia y el aislamiento social. Benyamini et al. (2008) confirma la tradicional propuesta transaccional de Lazarus y Folkman (1984) de división de las estrategias de afrontamiento orientada al problema y el afrontamiento orientado a la emoción. En este sentido, Terry y Heines (1998) proponen que las estrategias orientadas al problema se dividan en estrategias de “gestión de los problemas”, que incluyen tentativas activas para afrontar o encontrar una solución para el problema; y estrategias de “apreciación del problema”, reflexionando tentativas para re-evaluar la situación, intentando encontrar el lado positivo de la situación. Del mismo modo, las estrategias orientadas a la emoción deberían ser divididas, por un lado, en estrategias de tipo de evitación, que engloban las dimensiones de escapismo, de pensamiento mágico y de negación y, por otro lado, en estrategias de acercamiento emocional, que abarcan los esfuerzos para expresar y comprender sus propias emociones. Los autores, concluyeron que las estrategias de evitación estaban asociadas a un peor ajuste emocional ante la infertilidad, y que las estrategias de apreciación positiva y de acercamiento emocional estaban asociadas al mejor ajuste emocional. Una vez más, el recurso a estrategias de

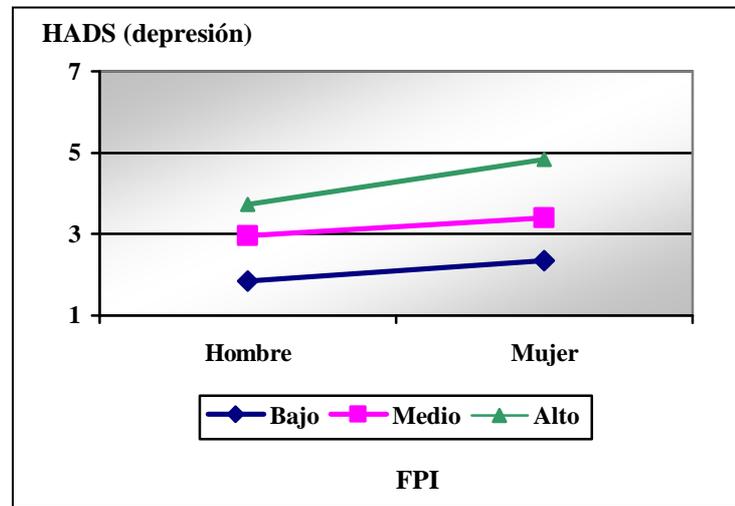
acercamiento emocional predijo el peor ajuste emocional en el compañero, denunciando la incomodidad de los varones para enfrentarse a sus emociones y su dificultad en comprender que esa respuesta pueda beneficiar su compañera. Es decir, tal como hemos constatado el efecto protector de las estrategias de afrontamiento, en particular las estrategias de control emocional, solamente parecen beneficiar las mujeres infértiles pues las normas y estereotipos asociados a los papeles masculinos son resistentes en admitir la expresión emocional de los hombres.

Por todo ello, realizadas estas reflexiones nos parece importante que los individuos atiendan a la especificidad y características de los estresores para ajustar y activar la respectiva estrategia de afrontamiento que es más adecuada a cada situación, en el momento más apropiado para que éstas sean efectivamente eficientes para minimizar el efecto de la exposición continuada al estresor de la infertilidad y de sus tratamientos. Tal como Lazarus y Folkman (1984) propusieron, la elección de cada estrategia deberá depender de la percepción de cambio que el individuo vislumbre y, en este sentido, podremos presumir que en la estrategia total de afrontamiento, que engloba muchas de las dimensiones anteriormente descritas, es flexible para permitir la elección de la mejor estrategia para cada momento específico del tratamiento de infertilidad y, de esta manera la dimensión del IRP Total apoya la existencia de un patrón manejable de afrontamiento que permite en última instancia, amortiguar el impacto de la situación en la ansiedad.

A continuación presentaremos los análisis realizados pero introduciendo como variable de medida las puntuaciones en depresión.

El análisis sexo x Preocupaciones Sociales sobre depresión ofrece diferencias estadísticamente significativas para el segundo factor ( $F_{P. Sociales (2,188)} = 4,73; p_a = .010$ ). Tanto para el primero factor ( $F_{sexo (1,188)} = 1,70; p_a = .194$ ) como para la interacción ( $F_{Sexo$

x P. Sociales (2,188) = .154;  $p_a = .857$ ) no se obtuvieran diferencias (Fig. 58):



**Fig. 58. - Sexo x P. Sociales y Depresión**

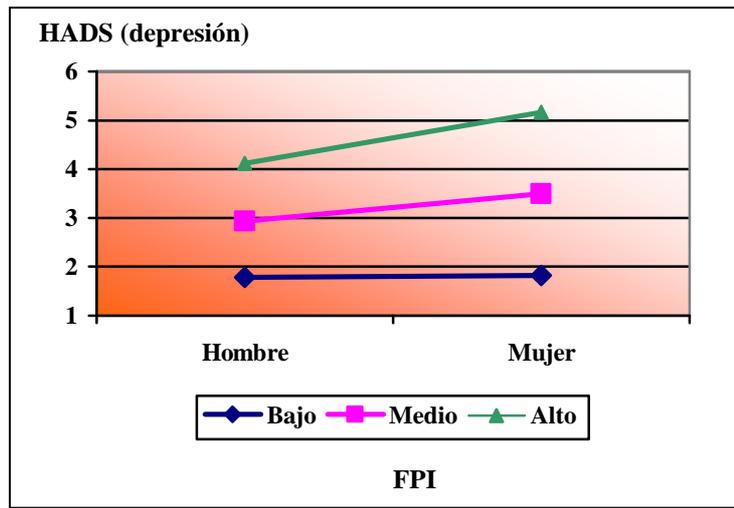
Los resultados indican que a mayor percepción de estrés relacionado con las preocupaciones sociales mayores son las puntuaciones de sintomatología depresiva, independientemente del sexo. La tendencia a la manifestación depresiva debida a las preocupaciones sociales podría explicarse por el hecho de que la infertilidad encierra, como ya hemos discutido anteriormente, una pérdida ambigua que no es ni reconocida ni legitimada en la sociedad y en este sentido se perciben las repercusiones que los estresores de carácter social pueden provocar en las parejas. Las parejas sienten que están fallando en su tarea social de tener hijos y en no pocas ocasiones tienen que dar explicaciones a los demás de porqué no tienen hijos (como si no los quisieran), justificaciones que se van repitiendo al largo del tiempo, recordando que los demás no comprenden la magnitud de su dolor y sufrimiento. A semejanza con la ansiedad, las parejas que perciben un entorno poco receptivo a su problema de infertilidad desarrollan una sensibilidad hacia los comentarios ajenos provocando sentimientos de aislamiento de su familia y de sus amistades y tienden a desarrollar sentimientos negativos caracterizados por inestabilidad en el estado de ánimo.

Además los comentarios de los otros, la propia presencia de niños en el ambiente familiar y social, les hace recordar su incapacidad, emergiendo sentimientos negativos e incómodos intentando escaparse de estas situaciones, y acabando por mantener un velo de secretismo respecto de su condición, intentando volver invisible su problema. Si los sujetos no tienen otras fuentes de apoyo, la psicopatología se puede instalar, similar a los resultados de Peterson (2000) que señaló que las mujeres de las parejas que valoraban el estresor de preocupaciones sociales de forma distinta a su compañero, presentaban mayores niveles de depresión. El autor expresó que el impacto de la alteración en la dinámica social por la vivencia de la infertilidad es mayor en la vida de las mujeres en comparación con el impacto que provoca en los hombres. Estas alteraciones en la dinámica social de los individuos pueden ser vistas por las mujeres como una pérdida más a la que tienen que enfrentarse, contribuyendo a los sentimientos depresivos asociados a la vivencia de infertilidad. En nuestra investigación, las parejas congruentes con el nivel de preocupaciones sociales presentaron valores más elevados de depresión, es decir, la mayor sensibilidad de estas parejas a su infertilidad genera habitualmente sentimientos de retraimiento y de alienación de la familia y de sus pares, todo ello cuando es vivenciado de manera equivalente entre los elementos de la pareja parecen aumentar la sintomatología depresiva. Es decir, parece que esta aproximación forzada por la distancia impuesta por el entorno social permite a los individuos en reconocieren y a valoraren con la misma intensidad este estresor. Sin embargo, también ya constatamos que la presencia del estado depresivo es más expresivo junto de las mujeres de nuestra investigación y así, es admisible pensar que en las mujeres de nuestra investigación aunque sus compañeros reporten valores idénticos de la intensidad del estresor, probablemente en la rutina diaria no les demuestran esos sentimientos más negativos, haciendo que las mujeres pensarán que

están solas en este proceso y consecuentemente tendieren a deprimirse.

La investigación prospectiva y longitudinal de Repokari et al. (2005) intentó distinguir el impacto de los tratamientos RA en la percepción de bienestar psicológico de los individuos en la transición hacia la paternidad, comparando parejas durante el segundo trimestre del embarazo (T1), cuando el niño tenía dos meses (T2) y a los 12 meses de edad (T3), que habían recorrido los tratamientos RA con un grupo de control que no había recibido ninguno tratamiento. En general los autores no identificaron efectos negativos en las parejas que habían recibido tratamientos RA en su bienestar psicológico, aunque los autores reconozcan que la evaluación por autoinforme podrá deberse a un comportamiento de deseabilidad social de estos individuos, que se sienten en la «obligación» de manifestar felicidad después del éxito del tratamiento. No obstante, la investigación evidenció que en las mujeres, la manifestación de síntomas depresivos y dificultades del sueño eran más dependientes de los estresores sociales y relacionados con los niños que con la propia situación de infertilidad o incluso del éxito del tratamiento. En los varones los estresores son incluso más importantes para predecir las tendencias depresivas de los individuos. Parece que la buena salud mental de las parejas de RA podrá reflejar su satisfacción con el éxito del tratamiento o con la concretización de su deseo de paternidad. Como si la motivación convertirse en padres les aumentara la resistencia al estrés de los tratamientos haciéndose más resistentes a los estresores globales de la vida.

Con respecto al análisis sexo x Preocupaciones Sexuales sobre depresión, se evidencian diferencias estadísticamente significativas solamente para el segundo factor ( $F_{P. Sexuales (2,188)} = 8,08; p_a = .0001$ ). Como en la dimensión anterior, ni el primero factor ( $F_{sexo (1,188)} = 1,103; p_a = .295$ ) tampoco la interacción ( $F_{Sexo \times P. Sexuales (2,188)} = .254; p_a = .776$ ) ofrecieran diferencias estadísticas significativas (Fig. 59):

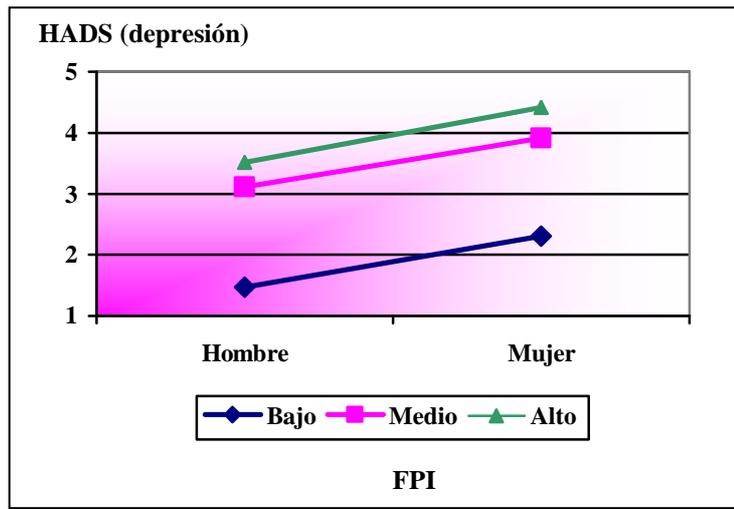


**Fig. 59. - Sexo x P. Sexuales y Depresión**

A semejanza de la dimensión anterior la manifestación de sintomatología depresiva se relaciona con los elementos estresores relacionados con las preocupaciones sexuales. Como hemos visto, la mecanización de un aspecto que es símbolo del afecto y de la intimidad en la vida de las parejas, cuando se introduce una dinámica sexual con una matriz de «obligatoriedad» que provoca considerables limitaciones e imposiciones, deriva en un aumento de los niveles de estrés en cada relación sexual y, en consecuencia, parecen potenciar la presencia de un estado de ánimo depresivo en nuestras parejas, en particular en las mujeres. Numerosas investigaciones han revelado el impacto de los tratamientos RA en la dinámica sexual de la pareja infértil aunque entre ellas haya controversia, así en algunas evidencian ausencia de problemas y buena satisfacción sexual durante las fases del tratamiento FIV, tanto en los hombres como en sus compañeras (Cook et al., 1989), pero en otras, se revela el deterioro y degradación de la satisfacción sexual de las parejas infértiles en comparación con los individuos fértiles (Hirsh & Hirsh, 1989), incluso este deterioro de la satisfacción sexual persiste pasados tres años en las parejas que persiguen en los tratamientos sin éxito (Slade et al., 1992); Otras evidencian mayores repercusiones en los varones con peores indicadores de satisfacción sexual en comparación con sus mujeres (Monga et al., 2004); en oposición, algunas investigaciones sugieren que las

mujeres reaccionan peor al estresor sexual expresando menor satisfacción sexual en comparación con sus compañeros, independientemente del tipo de diagnóstico de infertilidad (Lee et al., 2001), o incluso, algunas mujeres describen sentimientos de resentimiento por su dependencia en relación a la excitación de los hombres (Cudmore, 2005), como si tuviesen que tener también la disposición de los hombres para tener relaciones sexuales bajo su control. El estudio de Wirtberg et al. (2007) afirmó que para la mayoría de las mujeres evaluadas pasados 20 años del final de sus tratamientos de infertilidad, consideraron que su vida sexual terminó con el diagnóstico y respectivo plan de tratamiento de infertilidad, denunciando de esta manera el fuerte impacto que la situación de infertilidad produjo en un área tan importante de sus vidas. En la misma dirección y más cercano está el trabajo de Peterson (2000) que evidenció que cuando las parejas evalúan este estresor sexual con intensidad diferente tienden a manifestar más depresión y mayor desajuste marital. O sea, parece que cuando los individuos sienten que su compañero no está ya tan envuelto en el proceso o no es tan riguroso en el cumplimiento de las relaciones sexuales, es a veces interpretado por las mujeres como un indicador de su desinterés en el proceso y en última instancia se cuestiona su real voluntad para ser padres. Estas interpretaciones eventualmente abusivas y correspondientes a errores cognitivos por parte de algunas mujeres podrán explicar el aumento del estado de ánimo depresivo de las mujeres infértiles.

El análisis sexo x Preocupaciones de la Relación Conyugal sobre depresión ofrece diferencias estadísticamente significativas solamente para el segundo factor ( $F_{P. R. Conyugal (2,188)} = 5,51; p_a = .005$ ). En el primer factor ( $F_{sexo (1,188)} = 2,64; p_a = .106$ ) y para la interacción ( $F_{Sexo \times P. R. Conyugal (2,188)} = .002; p_a = .998$ ) no se encontraron diferencias significativas como podremos observar en la figura 60:



**Fig. 60. - Sexo x P. Relación Conyugal y Depresión**

Se observa una vez más que los sujetos que demuestran elevadas preocupaciones con respecto a las relaciones conyugales, manifiestan puntuaciones mayores de sintomatología depresiva. Se verifica que algunas parejas desafían la problemática de la infertilidad para fortalecer sus lazos maritales, aprovechando este momento de crisis para solucionar en conjunto la situación de infertilidad. Un estudio prospectivo de Repokari et al. (2007) que investigó las repercusiones de los tratamientos en las parejas que obtuvieron éxito comparando con parejas sin problemas de infertilidad, obtuvieron resultados interesantes. Los autores encontraron algunos efectos positivos en las mujeres con respecto al nivel de la satisfacción conyugal en el grupo de parejas RA, durante el primer año de vida de sus hijos. Los investigadores proponen que el estrés, el duelo y las desilusiones asociadas a los tratamientos RA, podrían haber aumentado el sentimiento de cohesión entre las parejas, volviéndose así parejas más resilientes a los efectos negativos de los estresores asociados a otros sucesos de la vida. Además, los autores aseguran que el compromiso de la pareja con los diferentes tratamientos después de repetidos fracasos, ayudará a aumentar el sentimiento de proximidad entre ellos y su sentido de cohesión por la movilización de adecuadas estrategias de afrontamiento que se mostraron eficaces para solucionar este

estresor. En este sentido, nos parece que además del impacto del estresor siempre será importante analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas que parecen mediar el efecto del estrés en nuestra investigación.

El estudio de Slade et al. (1997) sobre los aspectos emocionales de las parejas que siguen tratamientos FIV, aportaron valores más elevados de ajuste conyugal en los varones denunciando una mayor satisfacción en sus relaciones que sus compañeras, en la fase inicial de los tratamientos. No obstante, se destaca la dificultad sentida entre las parejas a nivel del consenso, los individuos revelaron valores elevados de cohesión sugiriendo que a pesar de la eventual discordancia entre los elementos con respecto a algunas dimensiones de sus vidas, como es la infertilidad y la forma abordarla, los individuos demostraron un fuerte sentido de compromiso con su pareja. Además el peor nivel de satisfacción sexual sentido, estaba asociado al fracaso del tratamiento pasados seis meses del final del tratamiento. Esto advierte del cuidado que los clínicos deberán tener con las parejas que no obtienen éxito en los tratamientos, salvaguardando y encaminando a los individuos para los servicios psicológicos, siempre que necesario.

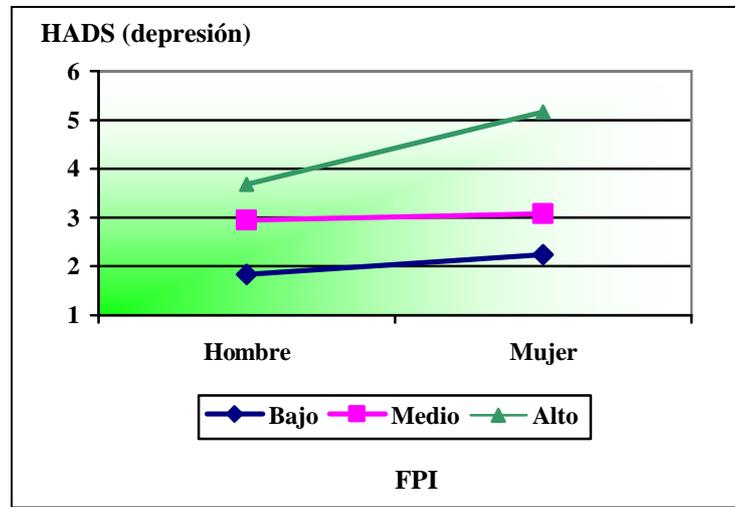
Nos parece que lo que acontece en nuestro estudio, es que la mujer expresa mejor sus sentimientos negativos, al contrario de los hombres que hacen un gran esfuerzo para no demostrar sus sentimientos. Esta división sentimental contiene algunos riesgos, como es que piensen que están solas en todo este camino y que sus cónyuges no están tan afectados porque no tienen una auténtica voluntad de tener hijos. A su vez, los varones que intentan ocultar sus sentimientos con la creencia que tienen que ser fuertes, pues un hombre no llora y porque también creen que tienen que apoyar a sus compañeras, acaban sintiéndose igualmente solitarios. Peterson (2000) reveló efectos semejantes, los individuos que demostraron incongruencias en la dimensión de preocupaciones por las relaciones

conyugales, obtuvieron mayor desajuste emocional. Lo que parece es que los individuos que evidencian serias dificultades en hablar abiertamente con su cónyuge por celos sobre la relación conyugal o con la posibilidad de que la situación de infertilidad pudiese permitir la entrada de un tercer elemento en la dinámica conyugal (con la posibilidad de relaciones extraconyugales o incluso con el procedimiento de IA con recurso a semen de dador) parece introducir en el seno de la díada problemáticas que podrán hacer potenciar el desajuste psicológico de los individuos. El impacto a largo plazo de problemáticas en esta dimensión, fue analizada por Wirtberg et al. (2007), quienes revelan que la mitad de las mujeres estudiadas pasados 20 años del final de sus tratamientos de infertilidad y que permanecen sin el estatuto materno, estaban separadas del compañero con lo cual compartieron la jornada de infertilidad, evocando a la propia situación de infertilidad y a los respectivos tratamientos como justificación del abandono de sus compañeros. Esto nos hace pensar en el cuidado y atención que esta dimensión deberá tener para los profesionales de los equipos de biotecnología en el sentido de ayudar a las parejas a que ajusten sus expectativas a los tratamientos así como al conocimiento real del otro que comparte su problema.

Pese a todo cuanto mayor es la separación entre la relación ideal y la relación real y cuanto mayor la percepción de implicaciones asociadas a la vivencia de la infertilidad para el relacionamiento conyugal, naturalmente mayor la tendencia para desarrollar problemas depresivos.

Para finalizar con la escala del estrés el análisis del sexo x Estrés Global sobre depresión ofrece diferencias estadísticamente significativas para el segundo factor ( $F_{\text{Estrés Global (2,188)}} = 5,85; p_a = .003$ ). En el primer factor ( $F_{\text{sexo (1,188)}} = 1,65; p_a = .199$ ) y para la interacción ( $F_{\text{Sexo x Estrés global (2,188)}} = .596; p_a = .552$ ) no se obtuvieron diferencias

estadísticamente significativas como podremos observar en la figura 61.



**Fig. 61. - Sexo x Estrés Global y Depresión**

El conjunto de las subescalas del FPI que nos permiten llegar al resultado del estrés global denuncian la tendencia para el aumento del estado de ánimo depresivo en quien valora la infertilidad con mayor intensidad de estrés. Estos resultados nos sugieren una reflexión en tres niveles.

En la primera lectura podremos comprender los resultados con la contextualización consensual en la literatura de la naturaleza ambigua de la situación de infertilidad que genera frecuentemente la sensación de agotamiento y debilidad en las parejas y que cuando se asocia a la incertidumbre característica de los tratamientos RA, con la acentuación de prescripciones y de rituales que se van a repetir numerosas veces, como la inyección diaria de hormonas, las análisis frecuentes de sangre, eventuales cirugías laparoscópicas, monitorización frecuente en el crecimiento folicular, recogida de ovocitos y respectiva transferencia embrionaria, hasta el día en que se conoce el resultado del proceso con el test de gravidez, todo esto... nos hace comprender la percepción de estrés en los individuos y así, percibimos como algunos podrán desarrollar sentimientos ambivalentes que se van

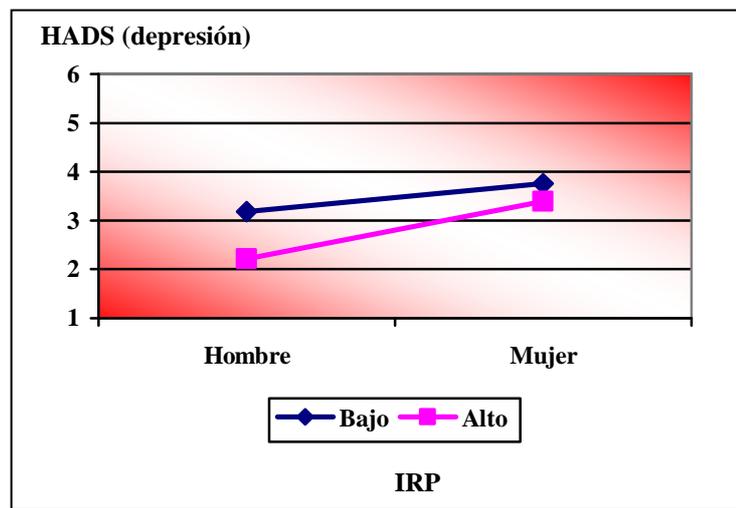
alternando con estados de elevado optimismo y esperanza que de pronto pueden dar lugar a la desesperación y frustración. Todo este proceso es consensualmente considerado como una jornada en un «carrusel emocional» pudiendo asumir la forma de estrés crónico, que podrá en individuos vulnerables propiciar la instalación de sentimientos generalizados de tristeza, de abatimiento y minusvalía que podrán abrir camino a la instalación franca de la manifestación depresiva. La asociación entre el fenómeno de infertilidad y sus tratamientos con la manifestación del estrés emocional ha sido ampliamente estudiado en los últimos 30 años, evidenciando que la infertilidad genera habitualmente estrés emocional, pero no es posible comprobar linealmente que el estrés cause infertilidad tal como Campagne (2008) ha destacado en su revisión sobre las evidencias experimentales. Klonoff-Cohen (2005), compiló en una revisión sistemática sobre el impacto del estrés en pacientes FIV un conjunto de 43 artículos escogidos de un total de 344 resumen entre ocho bases de datos internacionales que cumplían los criterios para la revisión de la literatura en el ámbito de la medicina de la reproducción. El autor concluye que debido a la gran heterogeneidad de las investigaciones, principalmente a nivel de la metodología escogida para evaluar el estrés que va desde a cuestionarios de autoinforme con medidas generalizadas de estrés, como a la conyugación de cuestionarios específicos de estrés en las parejas infértiles con o sin medidas de marcadores neuroendocrinos del mismo, así como la diversidad entre la fase del tratamiento en que ocurrió la evaluación psicológica, nos hacen comprender que las interpretaciones de este complejo fenómeno no sean consensuadas ni es un tema que esté tampoco totalmente aclarado. No obstante, lo que fue posible destacar es que el aspecto más estresante y traumático del proceso de tratamiento FIV, fue la espera para saber el éxito de la fertilización, en particular, en el día de la recogida de los ovocitos (Demyttenaere et al., 1991), el día de la transferencia embrionaria (Johnson et al., 1987;

Demyttenaere et al., 1991) y el resultado del test de gravidez (Connolly et al., 1993). Por las razones previamente referidas así como por la experiencia clínica aunque tengamos en nuestro estudio individuos que se encontraban en fases distintas de los tratamientos, nos parece que la espera tanto en las primeras consultas (que en algunos casos se demoró hasta un año), como la espera por el resultado del tratamiento, son los momentos en que los individuos se sienten más estresados, como sí la incertidumbre asumiese la forma de ser el principal estresor en este escenario.

Otra lectura posible que emerge de los resultados se debe a la ausencia de efecto sobre el estado de ánimo depresivo del sexo, lo que nos obliga a hacer una interpretación no lineal de los resultados obtenidos, es decir, por un lado, ya habíamos mencionado la menor frecuencia de casos identificados con depresión en los individuos de la muestra y en particular de los varones. Este resultado a su vez se con los descritos previamente en la literatura en la cual las mujeres tienen dos veces más probabilidades de desarrollar depresión que los hombres en la población general y también en la población infértil (Peterson, 2000). Por otro lado, también ya habíamos destacado anteriormente la existencia de un perfil de expresión emocional relativamente diferente de los varones caracterizado por un patrón cultural más cohibido y menos expresivo que nos hace pensar en la posibilidad, no de que estén reaccionando de forma indiferente al suceso de la infertilidad como algunas veces sus compañeras suponen, sino suponer que todo este fenómeno está dentro del contexto del modelo cognitivo de Beck sobre la depresión, ayudándonos a comprender tanto que estas mujeres se sientan cada vez más tristes y decepcionadas por no conseguir tener un hijo, como también que sus compañeros no estén en la misma sintonía de sufrimiento. Coincidente con Boivin et al. (1998) quienes destacan un patrón de respuesta de la pareja al tratamiento FIV relativamente semejante. Los individuos informan

niveles de distrés anticipatorio previo a un suceso importante y concomitantemente aumentan las reacciones positivas como el optimismo y la percepción de mayor intimidad entre la pareja. Es de resaltar que las mujeres reaccionarán al tratamiento con valores más expresivos de tristeza, nervosismo y tensión en particular en el día de la retirada de los ovocitos y en el día de la prueba del embarazo.

Por todo ello, destacamos la importancia de la intervención psicológica en los individuos infértiles que se someten a los tratamientos de infertilidad, siguiendo los modelos de intervención propuestos por numerosos expertos como Campagne (2008) que respecto al estrés recomienda que se evalúe y se controle antes de que las parejas empiecen sus tratamientos rastreándose y tratándose el estrés agudo y crónico que podrá afectar negativamente todo el proceso comprometiendo incluso las tasas de éxito de los tratamientos, que a su vez, hacen aumentar la sintomatología depresiva en los individuos infértiles.



**Fig. 62. - Sexo x Afrontamiento y Resolución Activa y Depresión**

Se analiza finalmente, las Estrategias de Afrontamiento obtenidas por el IRP categorizadas en dos grupos, Bajo y Alto (en función del percentil 50), el análisis sexo x

Afrontamiento y Resolución Activa de los Problemas sobre depresión ofrece diferencias estadísticamente significativas apenas para el segundo factor ( $F_{\text{Afrontamiento A. (1,201)}} = 8,55$ ;  $p_a = .004$ ). En el primer factor ( $F_{\text{sexo (1,201)}} = 3,22$ ;  $p_a = .074$ ) no se obtuvo efecto, ni para la interacción ( $F_{\text{Sexo x Afrontamiento A. (1,201)}} = .340$ ;  $p_a = .561$ ) (Fig. 62):

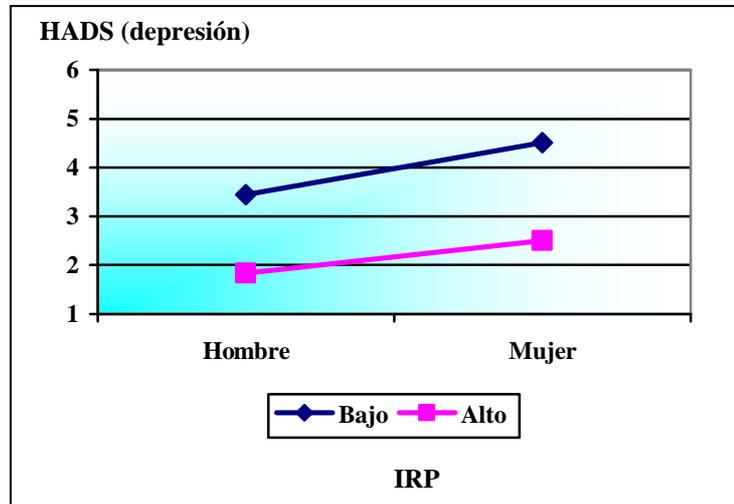
Los resultados indican que los sujetos que utilizan menos estrategias de afrontamiento activo y de resolución activa de los problemas manifiestan valores superiores de sintomatología depresiva. A lo largo de la discusión de los resultados se ha puesto de evidencia la importancia del recurso de estrategias de afrontamiento activas por parte de los individuos infértiles que buscan ayuda médica especializada para intentar superar sus problemas de infertilidad pues éstas, tal como hay sido ampliamente descrito en la literatura (Cook et al., 1989; McQueney et al., 1997; Suarez, 2001) tienden a aumentar la percepción de control del individuo sobre una realidad perdida a través de una mejora de competencias que permiten a los individuos desarrollar maestría para luchar con todos los aspectos asociados a la vivencia de infertilidad. Asimismo, el recurso a estas estrategias posibilita también, especialmente en parejas que están iniciando sus protocolos de tratamientos RA, desarrollar competencias para discernir las fuentes adecuadas de información, promoviendo una lectura filtrada sobre la amplia información existente, eligiendo aquella efectivamente relevante para su condición. Por lo demás, todos los aspectos mencionados tienden a promover la adhesión a los procedimientos médicos tan exigentes desde el punto de vista físico y emocional y, en última instancia, a promover la salud mental de los intervinientes. La asociación entre un bajo recurso a las estrategias de afrontamiento activas y la manifestación del estado de ánimo depresivo encontrado en nuestro estudio, es concordante con la mayor parte de las investigaciones efectuadas en esta área. Berghuis y Stanton (2002) interesados en testar un modelo de afrontamiento

entre las parejas infértiles, evaluaron 43 parejas una semana antes del inicio de la IA y una semana después de recibir el resultado del test de gravidez. Los autores comprobaron que recibir un resultado negativo del test de gravidez generó un aumento significativo en la sintomatología depresiva tanto en hombres como en las mujeres y, aunque los autores no tengan evaluado la persistencia de la sintomatología a largo plazo, denuncian el cuidado que los clínicos deberán tener atendiendo a que la mayor parte de las parejas va probablemente a enfrentarse a más de un fracaso del tratamiento. Es decir, es importante atender a la emergencia del distrés psicológico para aminorar sus eventuales efectos acumulativos y perniciosos en cada ciclo de tratamiento. Además, los autores revelaron que el recurso a las estrategias activas orientadas hacia los problemas han sido eficaces para promover el ajuste a un resultado negativo del tratamiento, al contrario el recurso a estrategias de evitación aumentaron el distrés.

Analizados los efectos de las estrategias de afrontamiento entre las parejas, los autores identificaron que las mujeres beneficiaron del recurso a sus compañeros, probablemente porque sienten se aliviadas emocionalmente o porque les hace creer que sus compañeros están implicados en el proceso. Estos resultados interesantes contrastan con los nuestros, pues a pesar de no haber evaluado directamente la congruencia de las estrategias de afrontamiento entre los elementos de las parejas, verificamos que esta estrategia es protectora para quien se envuelve activamente en la resolución activa de los problemas, o sea, para las mujeres.

El análisis sexo x Estrategias de Control de las Emociones sobre depresión ofrece diferencias estadísticamente significativas para el segundo factor ( $F_{E. Control emociones (1,201)} = 14,61; p_a = .0001$ ). Una vez más tanto el primer factor ( $F_{sexo (1,201)} = 3,35; p_a = .069$ ), como para la interacción ( $F_{Sexo \times E. Control emociones (1,201)} = .178; p_a = .673$ ) no se obtuvieron

diferencias significativas (Fig. 63).

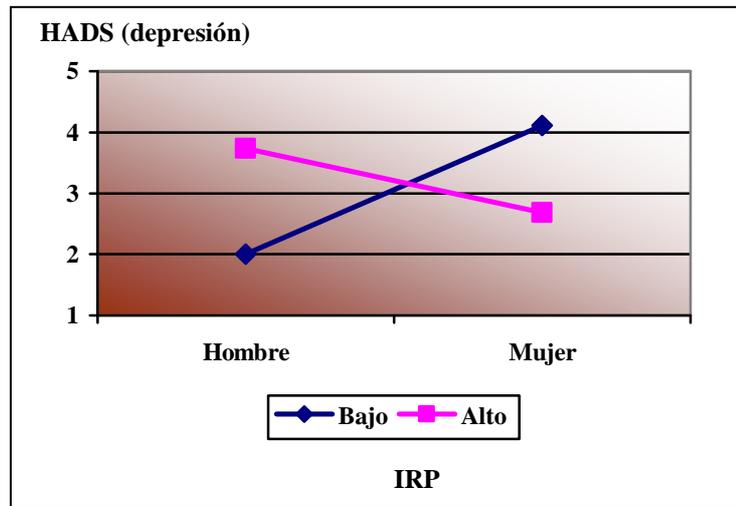


**Fig. 63.- Sexo x E. Control de las Emociones y Depresión**

Como podremos observar, los individuos que sienten que no controlan sus emociones tienden a manifestar valores superiores del estado de ánimo depresivo. Las estrategias centradas en las emociones se dirigen a controlar la respuesta emocional ante la situación estresante con una estrategia de autocontrol o a paliar las consecuencias emocionales a través de estrategias comportamentales o cognitivas como propusieron Lazarus y Folkman (1984). Estas estrategias han demostrado su eficacia en disminuir el distrés emocional moderando el impacto negativo resultante de situaciones de características incontrolables como la infertilidad tal y como numerosos autores han destacado (Stanton 1992; Jordan & Revenson, 1999; Exley & Letherby, 2001; Anstenfeld & Stanton, 2004). McQueeney, Stanton y Sigmon (1997) propusieron una comparación entre la eficacia de un intervención psicoterapéutico con mujeres infértiles basado en una terapia orientada a la resolución de los problemas y una terapia basada en el control emocional. Curiosamente, las participantes de ambos grupos revelaron menor distrés emocional en comparación con el grupo de control (que no recibió tratamiento

psicoterapéutico), sugiriendo que el recurso a estrategias activas sean más orientadas para la tarea o para la emociones, pero ambas benefician el estado de humor de las mujeres infértiles. Pero a pesar del resultado positivo de las estrategias activas, en el *follow-up* (pasadas cuatro semanas) las participantes del grupo de la terapia orientada hacia las emociones presentaron menos sintomatología depresiva y manifestaban mayor percepción de bienestar en comparación con el grupo de control. O sea, tal como ocurrió en nuestro estudio, los individuos que no sienten temor por explorar y expresar sus emociones, aquellos que se permitan comprender sus reacciones emocionales sobre sus preocupaciones asociadas a la vivencia de infertilidad, parecen más aptos y disponibles para participar en actividades agradables permitiéndoles eventualmente compensar las emociones negativas asociadas a la infertilidad. En la misma línea, Berghuis y Stanton (2002) revelaron que las mujeres que experimentarán el afrontamiento emocional antes del tratamiento RA, obtuvieron menos sufrimiento emocional una semana después del resultado del test de gravidez independientemente de las estrategias de coping utilizadas por sus compañeros. Esto nos hace pensar que este tipo de estrategias aporta un mayor grado de independencia para estas mujeres que el apoyo emocional proporcionado por sus compañeros, y que su regulación emocional les optimiza su sentimiento de valor personal o su autoestima, que es tan frecuentemente afectado por la condición infértil.

El análisis sexo x Afrontamiento del Problema y Planificación de la Estrategia sobre depresión ofrece diferencias estadísticamente significativas solamente para la interacción ( $F_{\text{Sexo} \times \text{Afrontamiento y P.}} (1,201) = 10,52; p_a = .001$ ). Tanto el primer factor ( $F_{\text{sexo}} (1,201) = 1,16; p_a = .282$ ), como para el segundo factor ( $F_{\text{Afrontamiento y P.}} (1,201) = .101; p_a = .750$ ) no se encontró efecto estadísticamente significativo como podremos observar en la figura siguiente (64).

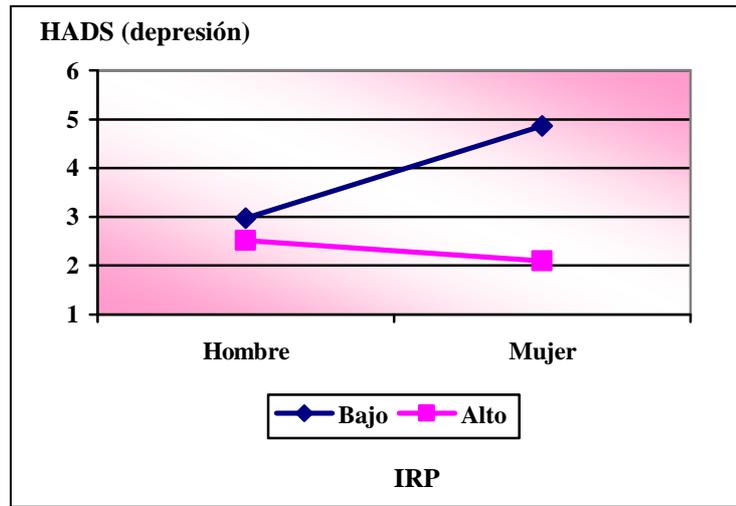


**Fig. 64. - Sexo x Afrontamiento y Planificación y Depresión**

Para ambos elementos de las parejas, las estrategias de afrontamiento están asociadas con la manifestación de depresión, pero para las mujeres los valores altos en estas estrategias hacen que tengan menos depresión. A semejanza de la mayor parte de las investigaciones sobre el coping en individuos infértiles, ya habíamos destacado que la forma en cómo hombres y mujeres se enfrentan a la problemática de infertilidad revelan diferencias interindividuales significativas. Asimismo, a lo largo de nuestro trabajo, hemos evidenciado como el recurso a las estrategias de afrontamiento activas son eficientes y protectoras de la salud mental en individuos infértiles. Pero, una vez más confirmamos que este factor protector se manifiesta tan sólo para las mujeres de nuestra muestra. Este resultado es contrario a los resultados de la investigación de Terry y Hynes (1998) quienes encontraron una asociación negativa entre las estrategias de gestión de los problemas y las tentativas activas para enfrentarse o encontrar una solución para el problema, tal como hacer un plan de acción y respetarlo, y el peor ajustamiento psicológico especialmente inmediatamente después del resultado negativo del tratamiento. Es decir, los autores propusieron que a corto plazo, ante el fracaso de los tratamientos estas estrategias activas no ayudan a paliar el sufrimiento pues tienden a impedir su aceptación. No obstante, ocho

semanas después del recurso a esta estrategia dejó de estar asociado al peor ajuste. Esta diferencia puede justificarse por un eventual cansancio y desgaste de algunos varones para permanecer envueltos en los tratamientos RA. Esto parece confirmar lo que Sydsjö et al. (2005) comprobaran en un estudio sobre la calidad de la relación conyugal después del fracaso del tratamiento FIV. Los autores concluyeron que en cuanto la mayoría de las mujeres tenían intención de proseguir con los tratamientos sus conyuges pretendían abandonarlos. Es decir, se asiste en este caso a una mayor tendencia para el recurso de estrategias de afrontamiento activas por parte de las mujeres, al contrario de los varones que optan por abandonar los tratamientos, lo que nos hace suponer que a la continuación de los tratamientos para los hombres les podrá hacer aumentar la sintomatología depresiva, tal y como sucede en nuestro estudio. En el mismo sentido, un estudio de Peronace et al. (2007) concluye que la infertilidad y los sucesivos fracasos de los tratamientos representan un desafío emocional muy exigente para la mayoría de los hombres, que se traduce en un real aumento del nivel de sufrimiento emocional, que incluye sentimientos de angustia mental y reacciones físicas de estrés. Una vez más asistimos al hecho de que cuanto más se exige a los hombres que se envuelvan activamente en sucesivos tratamientos, tal como sus compañeras demandan, la probabilidad de sentirse más afectados y estresados aumenta, lo que nos hace pensar que por esta razón que los hombres de nuestro estudio que más afrontan activamente el problema desarrollan mayor sintomatología depresiva.

Por último, el análisis de sexo x Estrategias de Afrontamiento Totales sobre la depresión ofrece diferencias estadísticamente significativas para el segundo factor ( $F_{E. \text{Afrontamiento Totales}} (1,201) = 12,03; p_a = .001$ ) y para la interacción ( $F_{\text{Sexo} \times E. \text{Afrontamiento Totales}} (1,201) = 6,102; p_a = .014$ ). En el primer factor ( $F_{\text{sexo}} (1,201) = 2,55; p_a = .112$ ) se obtuvo efecto (Fig. 65):



**Fig. 65. - Sexo x IRP Total y Depresión**

Los resultados indican que en los hombres el nivel de la utilización de la estrategia de afrontamiento total no supone ningún efecto sobre el estado de ánimo, sin embargo en las mujeres, cuando se utilizan poco estas formas de coping supone una vulnerabilidad hacia la depresión.

La ausencia de efecto en el recurso de las estrategias totales de afrontamiento sobre la depresión en los hombres de nuestra investigación, podrá justificarse por el hecho que la presencia de sintomatología depresiva en nuestra investigación es muy reducida en comparación con la manifestación de ansiedad. Chen, Chang, Tsai y Juang (2004) constataron que 26,8% de las mujeres infértiles taiwanesas que estaban iniciando sus tratamientos RA demostraron perturbaciones depresivas. La investigación de Fido y Zahid (2004) comparó 125 mujeres infértiles kuwaitíes con un grupo de control de 125 mujeres embarazadas e identificaron que las mujeres infértiles expresaron valores significativamente más elevados de ansiedad, de depresión, desánimo, hostilidad e ideación suicida. Los autores propusieron una asociación entre una actitud fatalista y estrategias pasivas de enfrentarse a su situación con el incremento de manifestación psicopatológica. Igualmente, Fassino et al. (2002) justificaron la discrepancia encontrada

entre el distrés psicológico entre hombres y mujeres infértiles, como consecuencia de mejores estrategias de afrontamiento de los varones.

Nos parece que en nuestra investigación esta estrategia es efectivamente protectora del nivel de sufrimiento emocional en las mujeres, atendiendo a que la gran mayoría de los procedimientos médicos recaen en ellas, como es la administración del tratamiento hormonal y las consecutivas análisis y ecografías de monitorización, el enfoque en el período fértil que les hace desarrollar una atención específica a cualquier alteración de su organismo para copular en el momento cierto, promueve en estas mujeres una mayor actividad que por su vez les asegura una mayor percepción de control sobre el problema. Una vez que se les hace evidente la posible pérdida de control sobre sus planes y objetivos de vida por la infertilidad, se percibe cómo algunas mujeres se sienten tentadas a la desesperanza y a la decepción, pero si predomina la expectativa de que su anhelo se cumpla, no abandonen los tratamientos y lo hacen de forma bastante activa. Si bien el recurso a estas estrategias pueda minimizar el riesgo de apareamiento de sintomatología depresiva, es importante señalar si las probabilidades de éxito son efectivas y realistas pues sino habremos conseguido apenas un aplazamiento del dolor y sufrimiento que podrá alcanzar aún mayores proporciones en el futuro. En este sentido, Peddie et al. (2005) en un estudio sobre el proceso de tomar la decisión de terminar los tratamientos, acentuaron que algunas mujeres sintieron que el equipo medica les dio falsas esperanzas lo que retardó la aceptación inevitable de una vida sin hijos biológicos y la consecuente prórroga en la decisión para terminar los tratamientos. Los autores afirman que la decisión en terminar los tratamientos es muy dolorosa pero les ofrece la posibilidad de terminar con el sufrimiento emocional sentido. Así se comprende como las diferencias interindividuales sentidas entre hombres y mujeres pueda incluso ser benéfico, en el sentido de tener un

equilibrio en el seno de la pareja que permita estabilizar los sentimientos envolventes en las varias demandas de la toma de decisiones inherentes al tratamiento. En la investigación, ya analizada, de Slade et al. (2007) las mujeres revelaron valores más elevados de sufrimiento emocional asociado a la vivencia de la infertilidad en comparación con los hombres. Las mujeres no consiguieron evitar recurrir a estrategias más activas, mientras que para los hombres el sufrimiento asociado a la vivencia de infertilidad podrá ser relativamente bien contenido y no influenciar su buen funcionamiento general. Una vez más confirmamos el efecto protector de las estrategias de afrontamiento activas pero solo para las mujeres.

A continuación presentaremos las subescalas del FPI y del IRP, que no obtuvieron diferencias estadísticamente sobre la depresión (tablas 21 Y 22):

**Tabla 21**

**Subescalas no significativas del FPI en función del sexo sobre la depresión**

<b>Género</b>	<b>FPI</b>	<b>Interacción</b>
<b>Rechazo del Estilo de Vida sin Hijos</b>		
F(1,188) = 2,69; p <sub>a</sub> = .102	F(2,188) = .012; p <sub>a</sub> = .988	F(2,188) = 742; p <sub>a</sub> = .478
<b>Necesidad de Parentalidad</b>		
F(1,188) = 3,192; p <sub>a</sub> = .076	F(2,188) = 1,18; p <sub>a</sub> = .309	F(2,188) = 2,39; p <sub>a</sub> = .094

Por todo lo expuesto, verificamos en nuestro estudio que los individuos que manifiestan más estrés asociado a la vivencia de la infertilidad obtuvieron mayor manifestación de sufrimiento psicológico, tanto en la manifestación de ansiedad como del estado de ánimo depresivo, con una mayor expresión en las mujeres evaluadas. Comprendemos que es en la mujer en la que recaen la mayoría de los procedimientos y tratamientos médicos, y naturalmente, la atención más focalizada en la mujer hace aumentar su percepción de desgaste y de estrés global asociado al aumento de sus

preocupaciones a nivel social, sexual y del impacto de la situación en su relación conyugal, confirmándose así la naturaleza ansiógena y estresante que habitualmente caracterizan la situación de infertilidad y los tratamientos de RA.

**Tabla 22**  
**Subescalas no significativas del IRP en función del sexo sobre la depresión**

<b>Género</b>	<b>IRP</b>	<b>Interacción</b>
<b>(F1) Pedido de Ayuda</b>		
F(1,201) = 3,14; p <sub>a</sub> = .078	F(1,201) = 1,80; p <sub>a</sub> = .181	F(1,201) = .383; p <sub>a</sub> = .537
<b>(F3) Abandono Pasivo Frente la Situación</b>		
F(1,201) = 3,28; p <sub>a</sub> = .072	F(1,201) = 3,62; p <sub>a</sub> = .059	F(1,201) = .029; p <sub>a</sub> = .866
<b>(F4) Control Int/Ext. de los Problemas</b>		
F(1,201) = 2,39; p <sub>a</sub> = .123	F(1,201) = 3,44; p <sub>a</sub> = .065	F(1,201) = 1,56; p <sub>a</sub> = .213
<b>(F6) Actitud Activa No Interferencia de la Vida Cotidiana por los Acontecimientos</b>		
F(1,201) = .933; p <sub>a</sub> = .335	F(1,201) = .534; p <sub>a</sub> = .466	F(1,201) = 2,72; p <sub>a</sub> = .100
<b>(F8) Autoculpabilización y Miedo a las Consecuencias</b>		
F(1,201) = 3,01; p <sub>a</sub> = .085	F(1,201) = .501; p <sub>a</sub> = .480	F(1,201) = .023; p <sub>a</sub> = .880

Aunque hayan sido las mujeres las que han presentado más estrés y mayor manifestación de sufrimiento emocional no obtuvimos significancia estadística en todas las dimensiones que nos permitiesen confirmar esa asociación, si bien los resultados evidencian una tendencia entre el aumento del estrés y la mayor presencia de sintomatología en las mujeres estudiadas.

Con respecto al efecto negativo de las estrategias de afrontamiento pasivas verificamos la misma tendencia de mayor expresión de sintomatología psicopatológica para los individuos que recurren poco a las estrategias de coping activas comprobando sin embargo, algunas asociaciones entre los elementos del sexo femenino con el sexo masculino. En términos generales las estrategias activas ya sean las orientadas hacia los

problemas o las orientadas hacia las emociones son protectoras del nivel de estrés; curiosamente, en algunas dimensiones como en la Actitud Activa de No Interferencia de la Vida Cotidiana por los Acontecimientos, los hombres independientemente de utilizar o no esta estrategia presentan valores inferiores de ansiedad, denunciando así el efecto protector solamente para las mujeres. Del mismo modo, en la estrategia Afrontamiento del Problema y Planificación de la Estrategia, obtuvimos resultados igualmente interesantes, para ambos sexos, el recurso a esta estrategia estuvo significativamente relacionada con la manifestación del estado de ánimo depresivo pero, para las mujeres los valores altos les disminuía el estado de ánimo depresivo mientras que a los hombres les aumentaba.

De esta forma, teniendo en cuenta que no hemos conseguido establecer relaciones significativas en todas las dimensiones estudiadas entre hombres y mujeres infértiles optamos por rechazar nuestra tercera hipótesis experimental, aunque podamos vislumbrar una tendencia a la asociación entre el estrés sentido y el recurso a las estrategias de afrontamiento pasivas y, consecuentemente el efecto protector de las estrategias activas pero tan sólo para las mujeres evaluadas.

Nuestra cuarta hipótesis fue planteada en los siguientes términos

***Es posible establecer un modelo de vulnerabilidad hacia la ansiedad y la depresión partiendo de variables relacionadas con el estrés y con las estrategias de afrontamiento***

En los apartados anteriores hemos resaltado que la situación de infertilidad es asimilada por los individuos como una crisis de vida inesperada y negativa que sorprendentemente viene a avalar el sentido de identidad personal, el sentimiento de valía de sí mismos, colisionando con sus ideales y representaciones sociales, y todo ello, por un deseo de ser padres que se queda indefinidamente por cumplir (Fernández, Herrera & González, 2002; Farinati, Rigoni & Müller, 2006; León, 2007; Ávila & Moreno-Rosset, 2008).

Cuando los individuos buscan ayuda especializada para intentar solucionar su problema, lo hacen desde las creencias, a veces erróneas, de la inmediatez de la solución, reforzadas por una actitud y pensamiento científicista promocionados por los agentes sociales y que conducen a falsas expectativas con respecto al éxito de los tratamientos en los individuos (León, 2002). De esa manera, aliado al significado devastador y frustrante de la propia condición de infértil, si le añadimos los procedimientos exigentes e invasivos de las técnicas de RA, percibimos cómo la naturaleza estresante de un “no suceso”, como es típicamente clasificada una situación de infertilidad, tendrá que agilizar las estrategias de afrontamiento más adecuadas a la solución del problema y, simultáneamente prevenir los niveles de sufrimiento psicológico resultantes.

En este sentido, consideramos importante no perder de vista las teorías generales del estrés, del coping y las emociones asociadas en el ámbito de la Psicología de la Salud para

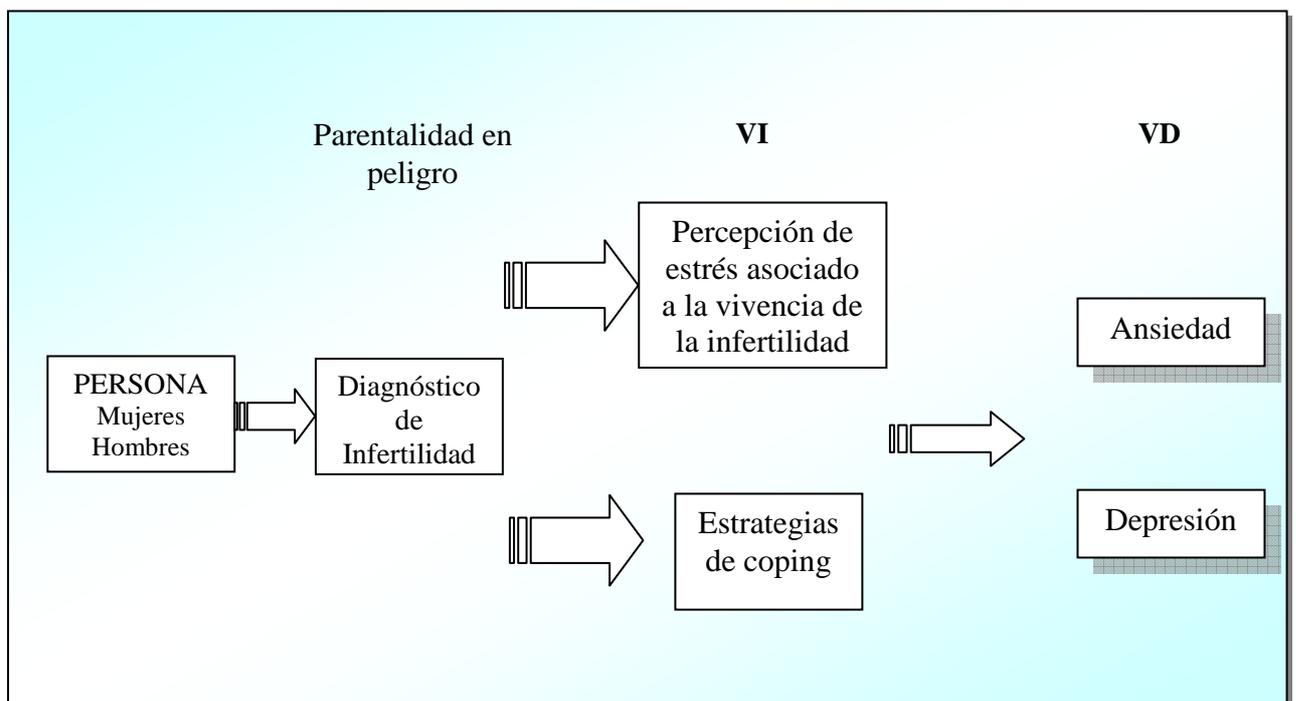
mejor intentarnos comprender este fenómeno.

Con respecto al estrés, actualmente existen tres abordajes en el estudio de este fenómeno, la perspectiva ambiental, la psicológica y la biológica. Aunque cada una enfatice su atención en su matiz particular, todas se interesan en la forma en cómo las exigencias ambientales exceden la capacidad adaptativa del sujeto y le va a provocar cambios a nivel psicológico y biológico que, a su vez, aumentaran el riesgo de desarrollo de una enfermedad (Soares & Alves, 2006). En este contexto, el individuo deberá afrontar los estresores activando modos conductuales o patrones de comportamiento para mantener un estado adaptativo eficiente, que es lo que habitualmente se conoce como estrategias de coping o de afrontamiento (Merino, Manrique, Angulo & Isla, 2007). Pero, los esfuerzos que el individuo realiza para luchar con el estresor dependen del contexto y de la especificidad de la enfermedad o situación, que se van alterándose a lo largo del tiempo. En ese sentido, Lazarus (1993) propuso en el estudio de las estrategias de coping que se especifiquen las amenazas percibidas por el individuo, averiguando también su eficacia en el sentido del nivel de adaptación y de la mayor percepción de bienestar.

Adaptando estos conocimientos a la realidad o situación de infertilidad, adoptamos para nuestra investigación la teoría biopsicosocial que conceptualiza la infertilidad tanto por la existencia de una crisis de vida aguda, con complicaciones a largo plazo para los dos miembros de la pareja, para su relación afectiva y para su familia y amigos. En esta línea, los estresores asociados a la vivencia de la infertilidad asumen varias modalidades como son, las existenciales, las físicas, las emocionales, y cuyas exigencias interpersonales podrán exceder las habilidades de coping habituales del individuo (Gerrity, 2001; Verhaak & Burns, 2006; Mata, Saénz & Ramírez, 2007). Stanton y Dunkel-Schetter (1991) aseguran que si la situación de infertilidad es percibida como un evento estresante, en

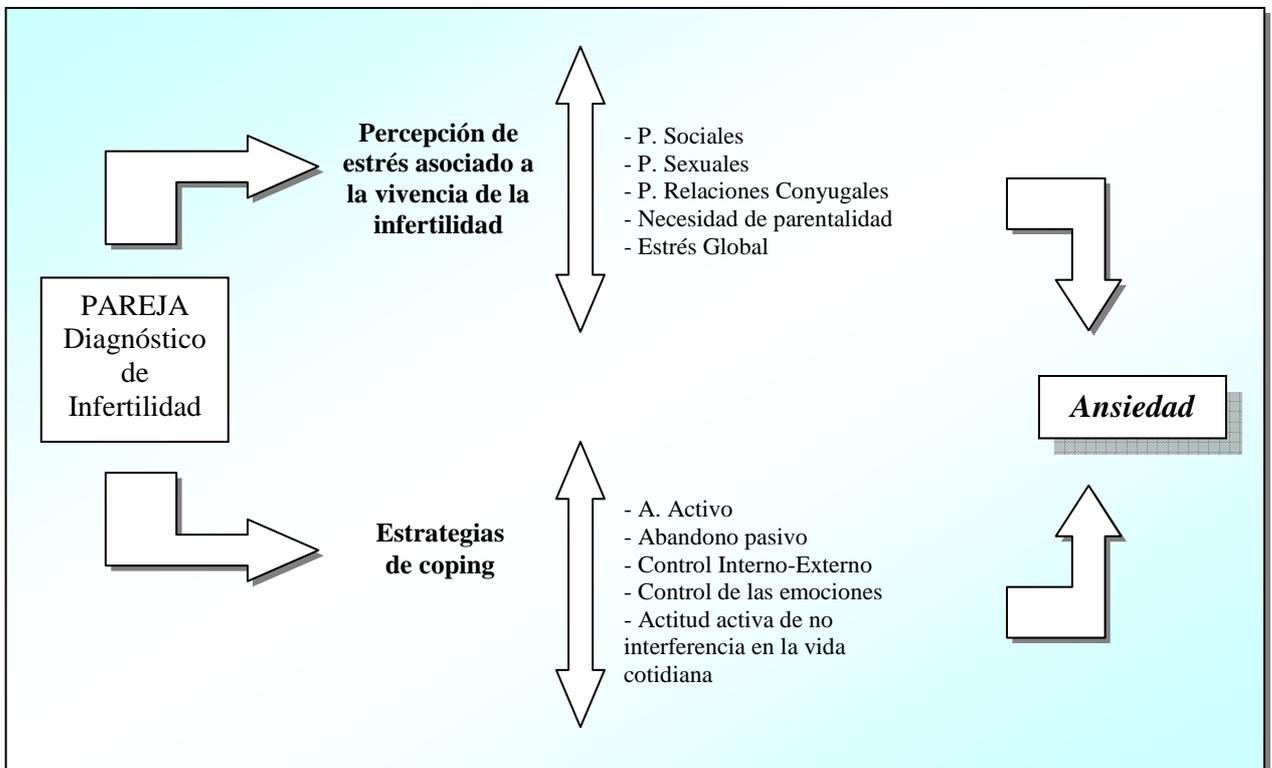
particular para los individuos que la paternidad es un objetivo central de sus vidas, representará un riesgo para su ajuste emocional. En términos generales, la situación de infertilidad puede ser caracterizada por tres variables que aumentan la percepción de estrés y que son: su imprevisibilidad, su negatividad y su incontrolabilidad. Así, las parejas infértiles habitualmente perciben la condición infértil entre dos polos normalmente ambivalentes, es decir, el fenómeno tanto es considerado como una potencial pérdida de un papel central en sus vidas como es la paternidad biológica, como puede asumir algún beneficio, como el fortalecimiento de la relación conyugal (Stanton, & Burns, 1999).

A lo largo de los apartados anteriores se han puesto de evidencia las variables que median el nivel de sufrimiento psicológico de los individuos infértiles. Esto nos ha ayudado a delinear un mapa que permita dar estructura a las relaciones esperadas, aclarando la importancia de cada dimensión para la protección de la salud mental de los individuos implicados.



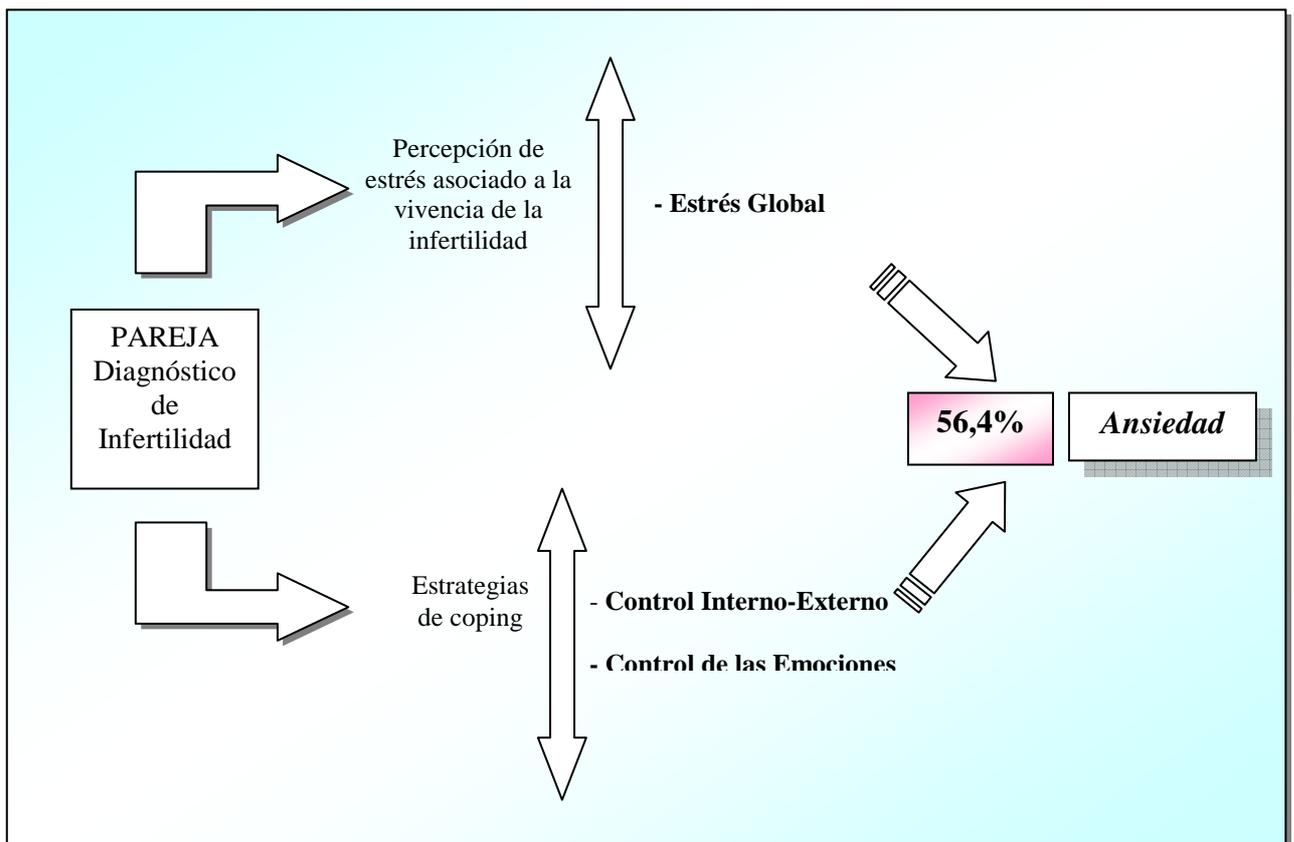
**Fig. 66. - Modelo Inicial**

Así, hemos partido de un modelo (Modelo Inicial, Fig. 66) donde, tanto el estrés asociado a la vivencia de la infertilidad, como las estrategias de afrontamiento (las variables independientes) utilizadas por los sujetos, interfieren en la manifestación de ansiedad y depresión (las variables dependientes). Partimos de un modelo potencialmente explicativo para comprender mejor cómo la percepción de estrés asociado a la vivencia de infertilidad en sus diferentes dimensiones, y las estrategias de coping que los sujetos movilizan para enfrentar la situación, pueden o no ayudar a predecir la manifestación de una posible sintomatología psicopatológica. Pero si tenemos en cuenta, en primer lugar la ansiedad, en los análisis previos no todas las subescalas han dado asociaciones significativas, así que el nuevo modelo que podemos derivar de los resultados anteriores es el siguiente (fig. 67):



**Fig. 67. - Modelo Inicial sobre ansiedad**

Para confirmarlo se realizó una regresión múltiple paso a paso, introduciendo como variables independientes todas las puntuaciones de las subescalas que habían sido significativas en las anteriores hipótesis, y como variable dependiente las puntuaciones de ansiedad. El análisis de regresión múltiple, llevado a efecto con la intención de si identificar los predictores del nivel de desajustamiento psicológico hace una problemática de infertilidad, permitió identificar un modelo que incluía tres variables psicológicas: El Estrés Global, el Control Interno/Externo de los Problemas y la Estrategia de Control de las Emociones. Con estas tres variables los resultados indican que el modelo explica el **56,4%** de la varianza total de ansiedad ( $R^2=.194$ ;  $p=.0001$ ) (Fig. 68).



**Fig. 68. - Modelo FINAL sobre ansiedad**

Así podremos plantear que la mayor percepción global del estrés asociado a una baja movilización de estrategias de afrontamiento, en especial de control interno/externo del

problemas y con la reducción del control de las emociones predicen más de la mitad del desajuste emocional de ansiedad en situaciones de infertilidad.

Los niveles de estrés psicológico experimentado por los individuos infértiles pueden tomar la forma de estrés crónico cuando los sucesos relacionados y las condiciones persisten en el tiempo y son percibidas como amenazadoras para los individuos y éstos, a su vez, predicen los mayores niveles de ansiedad. O sea, la naturaleza estresante de la condición infértil asociado a los estresores adicionales que son los respectivos tratamientos médicos hace aumentar el distrés emocional de los individuos. Como afirmaron Ávila y Moreno-Rosset (2008, p.186):

*... "La demora de los individuos en abordar la parentalidad, encuentra su envés en la infertilidad, una crisis multidimensional que afecta todos los sistemas (individuo, pareja, familia) y niveles (psicofisiológico, del sentido del self, de la relación con los otros), desencadenando elevados niveles de estrés, con una amplia variedad de emociones y sentimientos negativos, y una intensa interferencia en la vida de las personas implicadas."*

Ello hace pensar que el mayor nivel de percepción de estrés global podrá estar relacionado con la intensidad del deseo por un hijo biológico que es, no raras veces, proporcional al nivel de la afectación del sentido de identidad personal. Todo esto viene a aumentar el nivel de sufrimiento emocional en los individuos y se va manifestando a lo largo del proceso. Además teniendo en cuenta que raramente se obtiene éxito en el primer ciclo de tratamientos, el conjunto de las emociones tanto negativas como positivas van repitiéndose cíclicamente pudiendo asistir a una escalada emocional que se logrará quebrar en cualquier momento y que, consecuentemente, podrá contribuir para la mayor percepción de estrés global.

Aunque no tengamos evaluado la posible interferencia del estrés en el éxito del tratamiento, podemos admitir que el incremento de la percepción de estrés es posible que afecte la propia percepción del individuo de que su nivel de estrés puede entorpecer la obtención del tan deseado embarazo, y a veces, el propio equipo médica o por el entorno social, en un intento de tranquilizar a los individuos infértiles, pueden potenciar su sentimiento de culpa y poner de manifiesto que los individuos no son capaces de controlar la situación. Nuestros resultados son consistentes con los de Ardenti et al. (1999) que confirmaron la naturaleza estresante y ansiogénica de los procedimientos de FIV, porque exigen una elevada implicación emocional en las mujeres infértiles. Los autores registraron elevación de los niveles del estrés durante la retirada de los ovocitos y en la transferencia embrionaria y donde se alcanzó el valor más expresivo emocional si ésta fracasaba.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, las dimensiones que se asociaron a una predicción del estrés psicológico a nivel de la ansiedad fueron el Control Interno/Externo de los Problemas y el Control de las Emociones. Según Skinner (1995) los individuos que no saben si podrán influenciar sobre las consecuencias de sus actos, pierden oportunidades de ejercer el control adoptando una postura de pasividad que no les permite desarrollar nuevas competencias. En la misma línea, Vaz-Serra (1999, 2005) admite que tener o no control sobre una situación potencialmente aversiva tiene un impacto enorme en su estado psicológico, pues influencia las actitudes ante las fuentes de estrés, la percepción de riesgo y la predictibilidad de los resultados. Vivimos en una sociedad de control del riesgo, que transmite la idea de que los individuos pueden y deben controlar todos los aspectos de sus vidas, ya sean educacionales, profesionales o las relaciones interpersonales. Tal y cómo López-Matheu (2007) señaló, esta cultura de la

prevención del riesgo también influye sobre el *timing* (tiempo) más adecuado en una pareja para tener un hijo, que es cuando alcancen la solidez y estabilidad en la relación amorosa, conjuntamente con la estabilidad profesional y económica, lo que conlleva a que cada vez se aplase más ese momento, a la vez que las probabilidades reproductivas decrecen acentuadamente. El estudio de McQuillan et al. (2007) confirmó que las mujeres infértiles con un elevado locus de control de salud interno se sentían responsables por su condición infértil, obteniendo menor satisfacción global por la vida, incluso en otras áreas de sus vidas como en la carrera profesional, fueron las que se sentían peores. Benyamini et al. (2004) ha propuesto un modelo de autoregulación para estudiar el fenómeno de la infertilidad, diferente del nuestro pero encontrando resultados semejantes. Las percepciones negativas de amenaza en la situación de infertilidad podrán conducir a tentativas de alivio como por ejemplo, procurar obtener más información sobre el problema, más apoyo y, especialmente, más control sobre la situación. Según los autores, estos esfuerzos de coping afectan el distrés y la percepción de bienestar y viceversa, y adelantan que a largo plazo cuando dichos esfuerzos se canalizan exclusivamente a solucionar el problema, pueden privar las mujeres de los beneficios y satisfacciones que podrían tener si se invirtiesen en otras áreas de sus vidas. Una vez más se pone de manifiesto la importancia de que los individuos no centralicen su atención y energía en un único objetivo de vida; cuanto más amplio y variado son los objetivos vitales, más probabilidad tienen de obtener más satisfacción y realización personal en una área. Así, la investigación de Slade, O'Neil, Simpson y Lashen (2007) pretendió demostrar un modelo de relaciones entre el estigma, la divulgación, el apoyo social, la relación conyugal y el distrés genérico, concluyendo que la mayor comunicación a los otros del problema era más frecuente en las mujeres, y sin embargo, no les protegía ante el distrés.

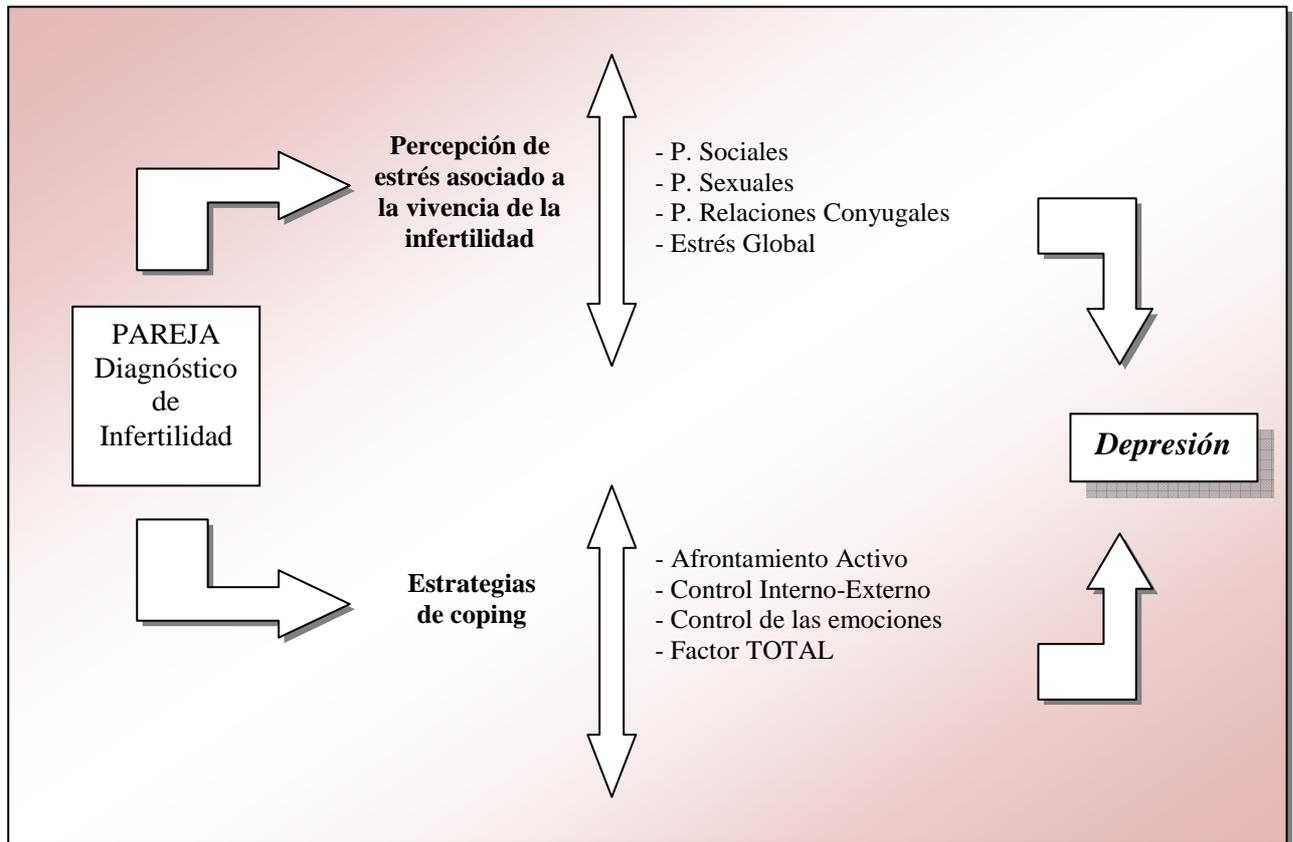
Todo ello está en relación con el hecho de que hay individuos que se sienten sin recursos para paliar el sufrimiento emocional experimentado por los sucesivos ciclos de esperanza, optimismo y confianza que se alternan con momentos de desesperación y dolor, en particular, ante los fracasos de los tratamientos y que acaban derivando en una imposibilidad de regular su estado emocional. En este sentido, la incapacidad del individuo infértil para controlar sus emociones es un predictor de los niveles de ansiedad, y este resultado es semejante al encontrado en otros estudios como el de Lord y Robertson (2005) que identificaron, en su modelo explicativo del sufrimiento emocional, a la comunicación de las emociones como la única estrategia de afrontamiento que explicaba un 38,6% de la varianza en ansiedad, sugiriendo la importancia de la regulación emocional ante los procedimientos médicos tan exigentes y agotadores.

En la misma línea, en un estudio de 2008, se propusieron crear un nuevo instrumento para medir las estrategias de coping adaptado a la población infértil, los autores encontraron que la existencia de emociones positivas pueden ser el resultado de estrategias de afrontamiento eficientes como el tener mayor variedad de objetivos en la vida, ello les proporciona los recursos emocionales necesarios para la mantener la esperanza activa en el posible éxito de los tratamientos. O sea, nos parece importantísimo que los individuos sean capaces de ajustar sus emociones a los eventos estresantes, pues de esa forma consiguen ampliar el repertorio conductual, adaptándose a una situación de exposición prolongada al estrés, previniendo así el impacto negativo y su efecto a largo plazo (Benyamini et al. (2008). Resultados discrepantes con respecto a las estrategias de control emocional son presentados por Pottinger et al. (2006), las mujeres que intentaron resolver la problemática de infertilidad recurriendo a estrategias focalizadas en las emociones vieron aumentados sus sentimientos de culpa y su aislamiento social,

elevándose el riesgo de sufrimiento y desesperanza emocional.

Desde estas controversias parece que lo verdaderamente importante es que el individuo sea flexible para manejar y movilizar las diferentes estrategias pero atendiendo a los cambios de exigencias que son inherentes a las distintas fases de los tratamientos. Nuestros resultados enfatizan la importancia de esos cambios, atendiendo a que la mayoría de los individuos estudiados aunque estaban en las fases activas de los tratamientos; algunos de ellos ya habían experimentado algunos fracasos, por lo tanto es natural y comprensible que los individuos que consideren la experiencia como muy estresante, se sientan incapaces de dominar y controlar la situación y sus sentimientos, y vean aumentados sus niveles de ansiedad.

Para finalizar, a partir del Modelo Inicial de nuestra Investigación (p. 295), y de igual forma, se plantea un modelo predictivo sobre la depresión, de nuevo con la introducción sólo de las variables que obtuvieron asociaciones significativas en los análisis previos.



**Fig. 69. - Modelo Inicial sobre depresión**

El modelo que la regresión múltiple permitió comprobar, tan solo explica el 36,6% de la varianza total del estado de ánimo ( $R^2 = .104$ ;  $p = .0001$ ), por lo tanto, consideramos que dicho modelo explicaría la ansiedad pero no la depresión, pues cuanto menor es la correlación mayor es el margen de error en la previsión (Pestana & Gageiro, 2003).

En este sentido, optamos por considerar que la percepción de estrés y las respectivas estrategias de afrontamiento totales no obtienen una correlación suficientemente fuerte que nos permita predecir el efecto en el estado de ánimo depresivo en nuestro estudio y, de este modo, aceptamos tan sólo para la ansiedad el planteamiento de la cuarta hipótesis.

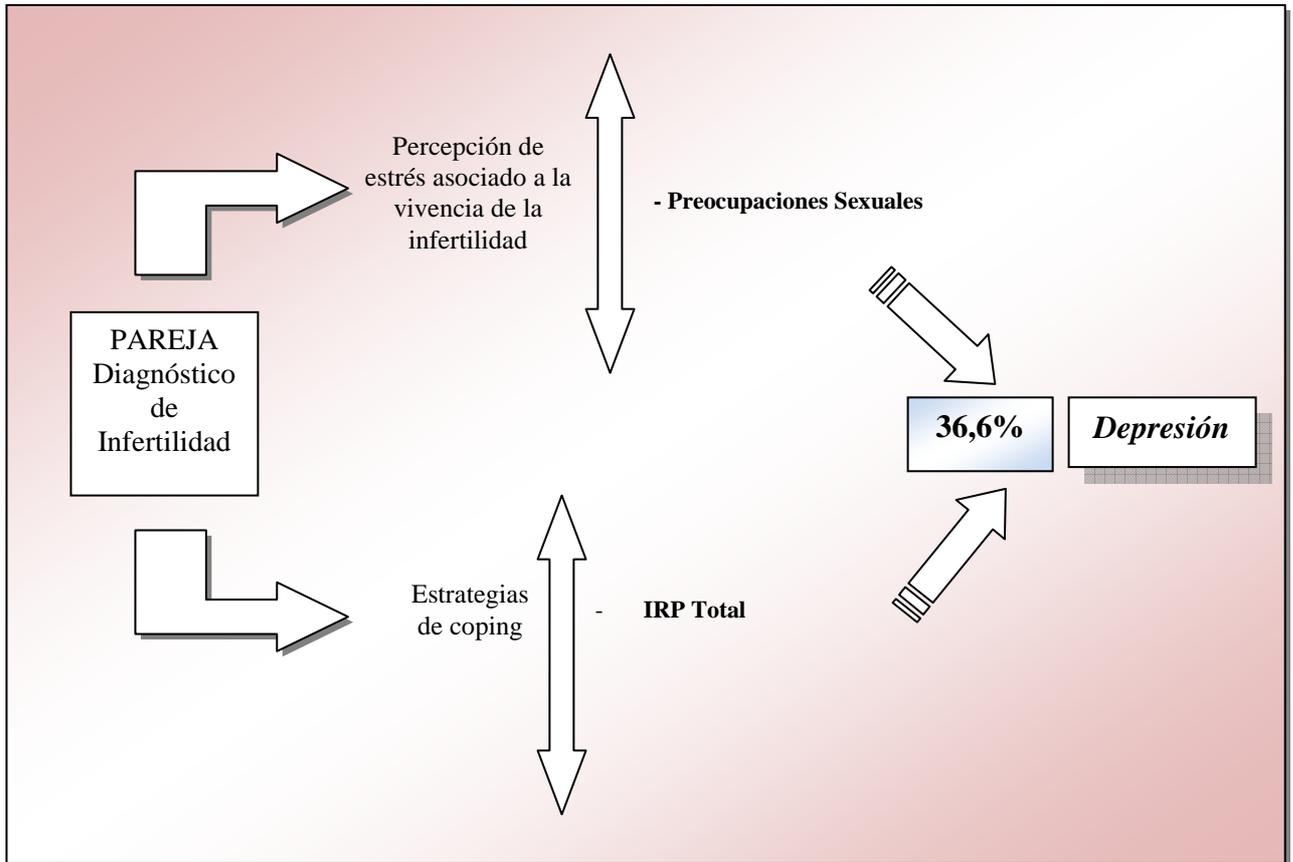


Fig.70. - Modelo FINAL sobre depresión

No obstante, atendiendo a que obtuvimos efecto en dos dimensiones consideramos importante reflexionar sobre ellas, son: las preocupaciones sexuales y las estrategias de afrontamiento totales (IRP Total).

Las preocupaciones de los individuos infértiles en los aspectos sexuales se comprenden atendiendo a que es un área central en la problemática de infertilidad, y a través de ellas se puede llegar al deseado hijo, en ese sentido, podemos percibir que las relaciones sexuales asumen el papel exclusivamente reproductivo, la relación sexual adquiere un estatus de tarea obligatoria y naturalmente el placer, la espontaneidad y satisfacción previamente sentidos se desvanecen, tal como otros autores han mencionado (Burns, 1999; González & Myar, 2001; Braverman, 2004). González (2002). Peterson

(2000) también confirmó la asociación entre las preocupaciones sexuales, que los elementos de la pareja valoraban de forma distinta, y la presencia de mayor depresión y consecuentemente mayor desajuste conyugal. En la misma línea, Daniluk y Tench (2007) identificaron menor satisfacción sexual y conyugal, menor satisfacción por la vida y peor autoestima como variables relacionadas con el peor ajuste psicológico en individuos infértiles a largo plazo (33 meses después del fin de los tratamientos RA sin éxito). Podemos comprender como en un área tan íntima y sensible, compartida habitualmente entre dos personas, los elementos de la pareja no están en sintonía, pero además si tienen que incluir a un tercero elemento (la equipa biomédico) en la dinámica sexual, el desequilibrio relacional se instala produciendo mayor sufrimiento emocional.

Además ya anteriormente habíamos referido que las estrategias de afrontamiento totales obtenidas por el IRP incluyen estrategias orientadas hacia la resolución del problema y a las estrategias emocionales, admitiéndose que los individuos recurren eficazmente a los dos tipos de estrategias. En este sentido percibimos que quien no moviliza las estrategias totales va a manifestar mayor grado de perturbación emocional como hemos presentado en los apartados anteriores, este resultado es consistente con los encontrados por Berghuis y Stanton (2002) quienes identifican a las estrategias de afrontamiento como predictores importantes del nivel de sufrimiento emocional. Las estrategias activas orientadas a la resolución de los problemas antes del inicio del tratamiento son importantes para promover el ajuste frente al fracaso del tratamiento; además, las mujeres que recurrieron también al coping de acercamiento emocional antes del tratamiento obtuvieron menos estrés, independientemente de las estrategias que utilizasen sus compañeros.

En oposición, algunos estudios han identificado otras estrategias de coping o factores que predicen el nivel de desajuste emocional en las parejas infértiles, por ejemplo

Kraaij, Garnefski y Vlietstra (2008) evaluaron las estrategias de afrontamiento y la presencia de sintomatología depresiva en la infertilidad hasta dos años después de la evaluación inicial. Las estrategias de coping que derivaban en sentimientos de culpabilidad estaban positivamente relacionadas con la sintomatología depresiva; Morrow et al. (1995) también identificaron las estrategias de evitación y de culpa como predictores de los niveles de estrés psicológico, tanto en hombres como en mujeres infértiles. Es decir, los pensamientos de atribución de un significado positivo como ya hemos enfatizado son mecanismos protectores del estado de ánimo depresivo, cuando el individuo consigue descubrir un significado existencial a su experiencia, pero estando disponible para vivir y experimentar otras facetas de su vida, estará más próximo para llegar a una sensación de bienestar.

Una vez más se enfatiza la importancia de las estrategias de afrontamiento activas, independientemente del tipo de afrontamiento, pues la actividad es congruente con la fase activa de los tratamientos que los individuos están experimentando y, en este sentido, se implican más positivamente en los tratamientos, garantizando alguna percepción de control y consecuente más confianza en sí mismos.

Con nuestros resultados es indiscutible que la situación de infertilidad es una fuerte fuente de estrés que se agrava considerablemente durante los tratamientos médicos. Parece claramente necesario delinear un conjunto de intervenciones psicológicas que se adapten a las variables detectadas. En primer lugar, es importantísimo evaluar la percepción de estrés durante las distintas fases del tratamiento para que se rompa ese círculo vicioso y se minimice su impacto en el nivel de sufrimiento psicológico, ayudando a reorganizar y a encontrar otros objetivos de vida, reconstruyendo su sentido de identidad, no tan sólo la identidad femenina o la masculina sino también la identidad de la propia pareja. Así, para

la reducción de los niveles de estrés global y consecuente disminución de sintomatología ansiosa, el enfoque del tratamiento del estrés deberá según Campagne (2008) ser ajustado diferencialmente a hombres y a mujeres, y preferiblemente a través de psicoterapia ya que son métodos no invasivos, que han demostrado su eficacia y que son relativamente poco costosos.

*...” El objetivo a corto plazo debe ser la reducción de los sentimientos del paciente de indefensión, a través de «coping» con infertilidad; cambios en conducta sexual; modificación de cogniciones negativas cuanto a infertilidad; superar deficiencias en el conocimiento sobre fertilidad; y mejorar habilidades de comunicación de la pareja (Pook, 1999, in Campagne, 2008, p.201).*

Asimismo, Darwish (s.d) en las Guías para el Consejo en Infertilidad (ESHRE) propone que la intervención psicológica promueve en los pacientes la expresión de sus sentimientos y pensamientos asociados a su sexualidad. De forma preventiva también se deberá informar a las parejas que su sexualidad va a ser desafiada durante la fase de investigación y de los tratamientos de RA, preparándoles para la difícil realidad que les espera.

De la misma forma, Jenaro et al. (2008) señalaron la importancia de algunas características de la personalidad como el optimismo y la percepción de control sobre los acontecimientos que permiten al individuo infértil alcanzar el equilibrio personal:

*...”un padrón de personalidad resistente proporciona la motivación necesaria para afrontar las circunstancias estresantes y convertirlas en una posibilidad de crecimiento y por tanto, juega un papel importante como mecanismo de resiliencia.” (p. 178)*

Así, fundamentado en las Guías para el Consejo Psicológico en Infertilidad (s.d.) y en los modelos de Intervención Psicológico propuestas por Moreno-Rosset y sus colaboradores (2008) es importante movilizar estrategias de intervención combinadas, es decir con técnicas individuales y de grupo, conducido por profesionales y/o grupos de auto-ayuda en el sentido de reducir el distrés emocional experimentado por los elementos infértiles, permitiéndose la expresión emocional, la identificación de las causas del sufrimiento (Boivin, s.d.), el alivio del aislamiento asociado a la condición infértil, así como una reflexión sobre los eventuales dilemas éticos asociados a cada tipo de tratamiento (Thorn, s.d.). Es importante actuar en el momento adecuado, pues la reducción de la ansiedad y estrés, mejora la adherencia y el cumplimiento de las prescripciones médicas (Ávila y Moreno-Rosset, 2008). Además, es igualmente trascendental ayudar a establecer la perspectiva de la posibilidad del fracaso del tratamiento y a reflexionar sobre la eventualidad de una vida sin hijos (Thorn, s.d.).

Cualquiera que sea el tipo y la modalidad de apoyo psicológico es fundamental que los pacientes se sientan comprendidos y capaces de afrontar los desafíos de la infertilidad y de sus tratamientos como afirmaron Flores, Jenaro y Moreno-Rosset (2008, p. 205):

*...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 tan solo a la identidad personal de cada uno de los miembros sino también al proyecto vital de la pareja.*



## **8.- Conclusiones**

1<sup>a</sup>.- Los niveles de estrés global asociados a la vivencia de infertilidad de los participantes del estudio son coherentes con los datos de la literatura, la mayor parte de los pacientes presentan valores medios y además estos niveles de estrés tienden a ser congruentes en los dos miembros de la pareja.

2<sup>a</sup>.- Comparando con la población general los individuos de nuestro estudio utilizan, fundamentalmente, estrategias de afrontamiento pasivas, no obstante, los varones desarrollan más recursos de coping que las mujeres, evidenciando una mayor flexibilidad en la gestión de la situación.

3<sup>a</sup>.- A pesar de la condición potencialmente inductora de estrés de esta problemática, la mayor parte de los participantes no alcanzan sintomatología ansiosa y/o depresiva clínicamente significativa; un tercio de los participantes muestran indicadores de sintomatología ansiosa y tan solo un 10% depresiva.

4<sup>a</sup>.- Cuanto mayor es la percepción de estrés asociado a la vivencia de la infertilidad, mayor es el nivel alcanzado de psicopatología del estado de ánimo. Cuando se comparan ambos sexos, son las mujeres, en particular, las que alcanzan valores más patológicos.

5<sup>a</sup>.- La estrategia de afrontamiento asociada a un menor índice de desajuste emocional es el abandono pasivo, es decir, el distanciamiento conductual, la distracción o las creencias religiosas tienen un efecto protector del estrés emocional.

6<sup>a</sup>.- Las mujeres que no dejan que su rutina diaria se vea interrumpida por sus problemas de fertilidad, empleando para ello una gran creatividad, es decir aquellas que movilizan estrategias activas de no interferencia, están protegidas frente a la ansiedad; mientras que los varones, independientemente de los recursos de coping utilizados,

muestran niveles mínimos.

7ª.- La utilización de mayores recursos de estrategias afrontamiento es protectora del estado de ánimo en las mujeres. En los varones, independientemente de la flexibilidad en el manejo de las estrategias, los valores de depresión encontrados son subclínicos.

8ª.- El modelo propuesto de vulnerabilidad psicológica, realizado en población portuguesa, ha permitido la identificación de tres variables predictoras de la disregulación emocional en términos de ansiedad, y son: los elevados índices de estrés global, la menor percepción de control interno/externo y el menor control emocional de la situación, variables de interés primordial a la hora de realizar un tratamiento psicoterapéutico.

9ª.- La perpetuación, la cronicidad y la imprevisibilidad del evento deseado que no ocurre, tiene invariablemente un inicio insidioso, que tiende a transformarse en un largo proceso de “envenenamiento” emocional. La plasticidad de los individuos para elegir estrategias frente al problema de la infertilidad, en particular en las mujeres, va a permitir disminuir la angustia y los efectos nocivos del distrés en todas las fases del proceso de Reproducción Asistida, y ésta es una responsabilidad de todos los que intentamos comprender la realidad de las parejas, desde ambientes de ayuda multidisciplinarios y con planos de intervención individualizados.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J.** (1992). Infertility and Subjective Well-Being: The Mediating Roles of Self-Esteem, Internal Control, and Interpersonal Conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 408-417.
- Almeida, V. M.** (2005). Biotecnologia em reprodução humana assistida. *Rev Port Clin Geral*, 21, 505-508.
- Álvarez-Díaz, J. A.** (2007). Sexualidad en parejas con problemas de fertilidad. *Gac Méd Méx*. 143, 1, 65-71.
- American Society for Reproductive Medicine.** (2003). *Age and Fertility. A Guide for Patients*. Alabama: ASRM.
- Amnistia, I.** (1961). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Retrieved 15 de Janeiro, 2006, from [www.amnistia-internacional.pt/sobre\\_ai/dudh/dudh1.php](http://www.amnistia-internacional.pt/sobre_ai/dudh/dudh1.php)
- Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C., & Möller, A.** (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*, 20, 10, 2969-2975.
- Andrews, L. B.** (1984). *New conceptions: A consumer's guide to the newest infertility treatments*. New York: St. Martin's.
- Antequera, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C., & Ávila, A.** (2008). Principales Transtornos Psicológicos Asociados a la Infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29, 2, 167-175.
- Ardenti, R., Campari, C., Agazzi, L., & La Sala, G. B.** (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*, 14, 12, 3126-3132.
- Arranz-Lara, L., Grymberg, B. B., & Sugiyama, E. I.** (2001). Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: un enfoque cualitativo. *Salud Mental*, 24, 5, 30-36.
- Atwood, J., & Dobkin, S.** (1992). Storm clouds are coming: Ways to help couples reconstruct the crisis of infertility. *Contemporary Family Therapy*, 14, 385-403.
- Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L.** (2004). Coping Through Emotional Approach: A New Look at Emotion, Coping, and Health-Related Outcomes. *Journal of Personality*, 72, 6, 1335-1363.
- Ávila, A., & Moreno-Rosset, C.** (2008). La intervención Psicológica en Infertilidad: Orientaciones para un Protocolo de Actuación Clínica. *Papeles del Psicólogo*, 29, 2, 186-196.
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. B.** (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 2, 296-276.
- Batterman, R.** (1985). A Comprehensive approach to treating infertility. *Health and Social Work*, 10, 46-54.
- Becker, G., & Nachtigall, R. D.** (1991). Ambiguous responsibility in the doctor patient relationship: The case of infertility. *Social Sciences & Medicine*, 32, 877-885.

- Bennet, P.** (2002). *Introdução clínica à psicologia da Saúde* (C. Nordeste, Trans.). Lisboa: Climepsi.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E.** (2004). On the Self-Regulation of a Health Threat: Cognitions, Coping, and Emotions Among Women Undergoing Treatment for Infertility. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 5, 577-592.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E.** (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83, 2, 275-283.
- Benyamini, Y., Gefen-Bardarian, Y., Gozlan, M., Tabiv, G., Shiloh, S., & Kokia, E.** (2008). Coping specificity: The case of women coping with infertility treatments. *Psychology and Health*, 23, 2, 221-241.
- Berghuis, J. P., & Stanton, A. L.** (2002). Adjustment to a Dyadic Stressor: A Longitudinal Study of Coping and Depressive Symptoms in Infertile Couples Over an Insemination Attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 2, 433-438.
- Betz, G., & Thorngren, J.** (2006). Ambiguous Loss and the Family Grieving Process. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 14, 4, 359-365.
- Blonna, R.** (1996). *Coping with stress in a changing world*. New York: McGraw-Hill.
- Boivin, J.** (s.d.). Who is likely to need counselling? In *Guidelines for Counselling in Infertility*. ESHRE.
- Boivin, J., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Hjelmstedt, A., Collins, A., & Bergh, T.** (1998). Psychological reactions during in-vitro fertilization: similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction*, 13, 11, 3262-3267.
- Boivin, J., Scanlan, L. C., & Walker, S. M.** (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Human Reproduction*, 14, 5, 1384-1391.
- Boivin, J., & Schmidt, L.** (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility & Sterility*, 83, 6, 1745-1752.
- Bos, H., & Rooij, F. V.** (2007). The influence of social and cultural factors on infertility and new reproductive technologies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28, 2, 65-68.
- Bravernan, A.** (2004). Psychosocial aspects of infertility: sexual dysfunction. International Congress Series, 1266, 270-276.
- Bridges, S.** (2005). A constructivist Approach to infertility: Loss and Meaning Reconstruction. *Contemporary Sexuality*, 39, 12, 10-13.
- Bryan, E., & Higgins, R.** (2002). *A Criança Esquiva: Infertilidade*. (N. Russo, Trans.). Coimbra: Quarteto.
- Burns, L. H., & Covington, S. N.** (1999). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon.
- Burt, V. K., & Hendrick, V.** (2005). *Clinical Manual of Women's Mental Health*. Washington: American

Psychiatric Publishing.

- Calero, J. L., & Santana, F.** (2005). La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. *Instituto Nacional de Endocrinología*.
- Calhaz-Jorge, C.** (2000a). Ovulação, fecundação e implantação. In L. M. d. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (Vol. 2 vol., pp. 3-20). Lisboa: Lidel.
- Calhaz-Jorge, C.** (2000b). Ovulação, fecundação e implantação. In L. M. d. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (2ª ed., Vol. 1, pp. 3-20). Lisboa: Lidel.
- Canavarro, M. C.** (2001). Gravidez e Maternidade - Representações. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Campagne, D.** (2008). El estrés? En qué momento del tratamiento médico de la infertilidad debe tratarse? *Papeles del Psicólogo*, 29, 2, 198-204.
- Carmeli, Y. S., & Birenbaum-Carmeli, D.** (1994). The predicament of masculinity: Towards understanding the male experience of infertility treatments. *Sex Roles*, 30, 663-677.
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Zachia, S., Knauth, D., & Passos, E.** (2007). What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility? *Human Reproduction*, 22, 7, 1946-1952.
- Chang, G., McNamara, T., Haimovici, F., & Hornstein, M.** (2006). Problem Drinking in Women Evaluated for Infertility. *American Journal on Addictions*, 15, 174-179.
- Chen, T.-H., Chang, S.-P., Tsai, C.-F., & Juang, K.-D.** (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19, 10, 2313-2318.
- Clarke, L., Martin-Matthews, A., & Matthews, R.** (2006). The Continuity and Discontinuity of the Embodied Self in Infertility. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 43, 1, 95-113.
- CNECV.** (2004). *Procriação Medicamente Assistida*. Retrieved. from Comissão Nacional Ética para as Ciências da Vida.
- Coleman, R., Morison, L., Paine, K., Powell, R., & Walraven, G.** (2006). Women's reproductive health and depression. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 41, 720-727.
- Crawford, J., Henry, J., Crombie, C., & Taylor, E.** (2001). Brief report Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, ProQuest Psychology Journals, 429-434.
- Cudmore, L.** (2005). Becoming parents in the context of loss. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 3, 299-308.
- Darwish, J.** (s.d.). Sexuality. In *Guidelines for Counselling in Infertility*. ESHRE.
- Daniels, K.** (2005). Is blood really thicker than water? Assisted reproduction and its impact on our thinking

- about family. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26, 4, 265-270.
- Daniluk, J. C.** (2001). "If We Had It to Do Over Again...": Couples' Reflections on Their Experiences of Infertility Treatments. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 9, 2, 122-133.
- Daniluk, J., & Tench, E.** (2007). Long-Term Adjustment of Infertile Couples Following Unsuccessful Medical Intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85, 89-100.
- Decreto-Lei nº 32/2006** de 26 de Julho, *Diário da República, nº 143 - I Série* Assembleia da República.
- Domar, A., Clapp, D., Slawsby, E., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M.** (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73, 4, 805-811.
- Doron, R., & Parot, F.** (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi.
- Downey, J., & McKinney, M.** (1992). The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 62, 2, 196-205.
- Dyer, S., Abrahams, N., Mokoena, N., Lombard, C., & Spuy, Z.** (2005). Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Human Reproduction*, 20, 7, 1938-1943.
- Dyer, S., Mokoena, N., Maritz, J., & Van der Spuy, Z.** (2007). Motives for parenthood among couples attending a level 3 infertility clinic in the public health sector in South Africa. *Human Reproduction*, 1-6.
- Duarte, F., & Gonçalves, M.** (2007). Negotiating Motherhood: A Dialogical Approach. *International Journal for Dialogical Science*, 2, 1, 249-275.
- Domar, A.** (1997). Stress and infertility in women. In S.R. Leiblum (Ed.). *Infertility: Medical, ethical, and psychological perspectives*. New York: John Wiley.
- Edelmann, R. J., & Connolly, K. J.** (2000). Gender differences in response to infertility and infertility investigations: Real or illusory. *British Journal of Health Psychology*, 5, 365-375.
- Eisner, B. G.** (1963). Some psychological differences between fertile and infertile women. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 391-395.
- Elder, K., Baker, D., & Ribes, J. A.** (2005). *Infections, Infertility and Assisted Reproduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emery, M., Béran, M.-D., Darwiche, J., Oppizzi, L., Joris, V., Capel, R., et al.** (2003). Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effects of routine pre-IVF counselling. *Human Reproduction*, 18, 12, 2647-2653.
- Evers, J. L.** (2002). Female subfertility. *The Lancet*, 151-159.

- Exley, C., & Letherby, G.** (2001). Managing a disrupted lifecourse: issues of identity and emotion work. *Health*, 112-132.
- Facchinetti, F., Volpe, A., Matteo, M., Genazzani, A., & Artini, P.** (1997). An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertility and Sterility*, 67, 2, 309-314.
- Faria, C.** (1990). A Infertilidade: Desejo ou Maldição. *Análise Psicológica*, 4, 8, 419-423.
- Faria, C.** (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 189-209). Coimbra: Quarteto.
- Farinati, D. M., Rigoni, M. d., & Müller, M. C.** (Outubro-Dezembro de 2006). Infertilidade: um novo campo da Psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 23, 4, pp. 433-439.
- Farzadi, L., Mohammadi-Hosseini, F., Seyyed-Fatemi, N., & Alikhah, H.** (2007). Assessment of Stressors and Coping Strategies of Infertile Women. *J. Med. Sci.*, 7, 4, 603-608.
- Fassino, S., Pierò, A., Boggio, S., Piccioni, V., & Garzaro, L.** (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17, 11, 2986-2994.
- Ferber, G. M.** (1995) An empathy-supporting approach to the treatment of infertile women. *Psychotherapy*, 32, 437-442.
- Fernandes, P., Papaikonomou, M., & Nieuwoudt, J.** (2006). Women suffering through their bodies. *South African Journal of Psychology*, 36, 4, 851-879.
- Fernández, M. R., Herrera, P. M., & González, I. B.** (2002). Infertilidad como evento paranormativo. Su repercusión familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 18, 2.
- Fido, A., & Zahid, M. A.** (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 4, 294-300.
- Figueiredo, H. M.** (2005). *A Procriação Medicamente Assistida e as Gerações Futuras*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Firmat, G.** (2007). Dulce María Loynaz y el peso de la ingravidez. *Revista de Estudios Hispánicos*, 403-421.
- Flores, N., Jenaro, C., & Moreno-Rosset, C.** (2008). Terapia de Pareja en Infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29, 2, 205-212.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S.** (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.
- Forrest, L., & Gilbert, M. S.** (1992). Infertility: An unanticipated and prolonged life crisis. *Journal of Mental Health Counseling*, 14, 42-58.
- Frankl, V.** (1986). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frasquilho, M. A.** (2005). Medicina, médicos e pessoas. Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta*

- Med Port*, 18, 433-444.
- Gatell, M. C. P., & Camps, M. G.** (2000). *Técnicas de reproducción humana asistida*. In C. Moreno-Rosset (Ed.). Factores psicológicos de la infertilidad. Madrid: Sanz y Torres.
- Gibson, D. M., & Myers, J. E.** (2000). Gender and Infertility: A Relational Approach to Counseling Women. *Journal of Counseling & Development*, 78, 400-410.
- Gibson, D. M., & Myers, J. E.** (2002). The Effect of Social Coping Resources and Growth-Fostering Relationships on Infertility Stress in Women. *Journal of Mental Health Counseling*, 24, 1, 68-80.
- Gonçalves, J.** (2005). Avaliação do casal infértil. *Rev Port Clin Geral*, 21, 493-503.
- González, I. L.** (2002). La infertilidad, el maternaje frustrado. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 3.
- González, I. L., & Miyar, E. P.** (2001). Infertilidad y Sexualidad. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 17, 3, 291-295.
- Greil, A. L., & McQuillan.** (2004). Help-seeking patterns among subfecund women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22, 4, 305-319.
- Guerra-Díaz, D.** (1998). *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona: Planeta Prácticos.
- Guerra-Díaz, D., Llobera, A., Veiga, A., & Barri, P. N.** (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13, 6, 1733-1736.
- Hardy, E., & Makuch, M. Y.** (2002). Gender, infertility and ART. In E. Vayena, P. J. Rowe & P. D. Griffin (Eds.), *Current practices and controversies in Assisted Reproduction* (pp. 272-280). Geneva: World Health Organization.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A.** (2006). First IVF treatment - short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21, 12, 3295-3302.
- Hsu, Y.-L., & Kuo, B.-J.** (2002). Evaluations of Emotional Reactions and Coping Behaviors as Well as Correlated Factors for Infertile Couples Receiving Assisted Reproductive Technologies. *Journal of Nursing Research*, 10,4, 291-301.
- INE.** (2001). Resultados Definitivos A Natalidade em Portugal 2001. Retrieved 01 Fevereiro 2005, from [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R., & Flores, N.** (2008). La Evaluación Psicológica en Infertilidad: El "DERA" una Prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 29, 2, 176-185.
- Jordan, C., & Revenson, T. A.** (1999). Gender Differences in Coping with Infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 4, 341-358.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L.** (2005). *Psicologia da doença para os cuidados de saúde*. Porto: ASA.
- Kaplan, H., & Sadock, B.** (1999). *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Klerk, C., Hunfeld, J. A., Duivenvoorden, H. J., den Outer, M. A., Fauser, B. C., Passchier, J., et al.**

- (2005). Effectiveness of a psychosocial counselling intervention for first-time IVF couples: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 20, 5, 1333-1338.
- Klonoff-Cohen, H.** (2005). Female and male lifestyle habits and IVF: what is known and unknown. *Human Reproduction Update*, 11, 2, 180-204.
- Kraaij, V., Garnefski, N., & Vlietstra, A.** (2008). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29, 1, 9-16.
- Lalos, A., Lalos, O., Jacobson, L., & von Schoultz, B.** (1985). Psychological reactions to the medical investigation and surgical treatment of infertility. *Gynecologic & Obstetric Investigation*, 20, 209-217.
- Lancastle, D., & Boivin, J.** (2005). Dispositional Optimism, Trait Anxiety, and Coping: Unique or Shared Effects on Biological Response to Fertility Treatment? *Health Psychology*, 24, 2, 171-178.
- Langdridge, D., Connolly, K., & Sheeran, P.** (2000). Reasons for wanting a child: a network analytic study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 4, 321-338.
- Lazarus, R.** (1993). Coping Theory and Research: Past, Presente, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Leal, I., & Pereira, A. O.** (2005). Infertilidade - Algumas Considerações sobre Causas e Consequências. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 151-174). Lisboa: Fim de Século.
- Lee, T.-Y., Sun, G.-H., & Chao, S.-C.** (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16, 8, 1762-1767.
- Lee, T.-Y., Sun, G.-H., Chao, S.-C., & Chen, C.-C.** (2000). Development of the coping scalle for infertile couples. *Archives of Andrology*, 45, 149-154.
- Leiblum, S. R., Aviv, A., & Hamer, R.** (1998). Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Human Reproduction*, 13, 12, 3569-3574.
- Lemmens, G. M., Vervaeke, M., Enzlin, P., Bakelants, E., Vanderschueren, D., D'Hooghe, T., et al.** (2004). Coping with infertility: a body - mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*, 19, 8, 1917-1923.
- Lletget, B. C., & Padró, R. T.** (1998). *Anatomofisiología de la esterilidad femenina*. In D. Guerra-Díaz (Ed.). *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona: Planeta Prácticos.
- Lluch, A. V., & Corbella, B. A.** (2002). El laboratorio en las técnicas de reproducción asistida. In D. Guerra-Díaz (Ed.). *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona: Planeta Prácticos.
- López, C. M., Frances, L. R., Isla, P. P., Rigol, A. C., Sanchez, I. Z., & Bestard, J. C.** (2007). Los Jóvenes y la Reproducción Asistida. *Cultura de los Cuidados*, (pp. 70-79). Barcelona.
- Lorca, F. G.** (2006). *Yerma (26ª Ed.)*. Madrid: Catedra.

- Lord, S., & Robertson, N.** (2005). The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, 4, 319-332.
- Lukse, M. P., & Vacc, N. A.** (February de 1999). Grief, Depression, and Coping in Women Undergoing Infertility Treatment. *Obstetrics & Gynecology - Infertility Counseling*, pp. 245-251.
- Maia, H. F.** (2000). Impacto do tratamento da infertilidade no funcionamento psicológico de casais inférteis. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.*
- Maldonado, M.** (1992). Psicossomatica e Obstetricia In D. Moreira & J. M. Filho (Eds.), *Psicossomatica Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mata, M. B., Sáenz, G. U., & Ramírez, R. H.** (2007). Infertilidad y Control del Estrés: Una Visión desde la Medicina Conductual. *Rev. Reflexiones*, 86, 1, 77-86.
- Matos, I., Leal, I., & Ribeiro, J.** (2000). Validação preliminar de uma técnica de avaliação de feminino. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 1, 69-77.
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S.-i., Suzuki, T., Kondo, A., & Makino, T.** (2004). Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings os stress [Electronic Version]. *General Hospital Psychiatry*, 398-404. Retrieved 12-05-06.
- McQueeney, D. A., Stanton, A. L., & Sigmon, S.** (1997). Efficacy of Emotion-Focused and Problem-Focused Group Therapies for Women with Fertility Problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 4, 313-331.
- McQuillan, J., Greil, A. L., White, L., & Jacob, M. C.** (2003). Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women. *Journal of Marriage and Family*, 65, 1007-1018.
- McQuillan, J., Stone, R. A., & Greil, A. L.** (2007). Infertility and Life Satisfaction Among Women. *Journal of Family Issues*, 28, 7, 955-981.
- Melo, V., Leal, I., & Faria, C.** (2006). Depressão, ansiedade e stress em sujeitos inférteis. *6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 241-246). Faro.
- Menning, B. E.** (1977). *Infertility: A guide for the childless couple*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Meyers, M., Weinschel, M., Sharf, C., Kezur, D., Diamond, R., & Rait, D. S.** (1995). An infertility primer for family therapists: II. Working with couples who struggle with infertility. *Family Process*, 34, 231-240.
- Mikulincer, M., Horesh, N., Levy-Shiff, R., Manovich, R., & Shale, J.** (1998). The contribution of adult attachment style to the adjustment to infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 265-280.
- Monach, J.** (2005). Psychosocial aspects of infertility. *British Fertility Society Factsheet*, 1-4.
- Moreira, J. M.** (2004). *Questionários: Teoria e Prática* Coimbra: Almedina.

- Moreira, S., Lima, J., Sousa, M., & Azevedo, G.** (2005). Estresse e função reprodutiva feminina. *Rev Bras Saude Matern Infant*, 5, 1, 119-125.
- Moreira, S., Melo, C., Tomaz, G., & Azevedo, G.** (2006). Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 28, 6, 358-364.
- Moreno, A., & Guerra-Diaz, D.** (2008). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 11-17.
- Moreno-Rosset, C.** (2000). Proceso psicológico en infertilidad: una guía para el consejo psicológico. In C. Moreno-Rosset (Ed.). *Factores Psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C.** (2009). *Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Moreno-Rosset, C.** (2009). *La infertilidad? Por qué a mí? Un problema o un reto en la pareja*. Madrid: Pirámide.
- Morice, P., Josset, P., Chapron, C., & Dubuisson, J. B.** (1995). History of Infertility. *Human Reproduction Update*, 1, 5, 497-504.
- Morrow, K. A., Thoreson, R. W., & Penney, L. L.** (1995). Predictors of Psychological Distress Among Infertility Clinic Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1, 163-167.
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C.** (2008). Inventário de problemas de fertilidade: Características psicométricas da versão portuguesa do Fertility Problem Inventory. *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilbrios.
- Murillo, H. F.** (2002). Salud sexual. Bases para una sexualidad saludable. Influencia de la anticoncepción y de la infertilidad. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 101-107.
- Nachtigall, R., Becker, G., & Wozny, M.** (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57, 113-121.
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I.** (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-relates stress. *Fertility and Sterility*, 72, 1, 54-62.
- Nodim, N.** (2005). Intervenção em Saúde Sexual e Reprodutiva. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. (pp. 127,150). Lisboa: Fim de Século.
- Noronha, M. P.** (2000). A maternidade entre o religioso e o tecnológico: estudo visual comparado entre imagens cristãs e de ficção científica. *XVIV Encontro Anual*. Petrópolis: Anpcocs.
- Oddens, B. J., den Tonkelaar, I., & Nieuwenhuysse.** (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems - a comparative survey. *Human Reproduction*, 14, 1, 255-261.
- O'Donnell, E.** (2007). Making room for men in infertility counseling. *Counseling Srm*, 28-32.

- Ogden, J.** (1999). *Psicologia da Saúde* (C. Patrocínio & F. Andersen, Trans.). Lisboa: Climepsi.
- O'Moore, A. M., O'Moore, R. R., Harrison, R. F., Murphy, G., & Carruthers, M. E.** (1983). Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: Effects of treatment with autogenic training. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 145-151.
- Padró, R. T., & Junyent, N. P.** (1998). Tratamiento de inducción y/o estimulación de la ovulación. In D. G. Díaz (Ed.), *Cómo afrontar la infertilidad - Las soluciones médicas y las estrategias psicológicas*. Barcelona: Planeta Prácticos.
- Palacios, E., & Jadresic, E.** (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Rev Chi neuro-psiquiat*, 38, 2, 94-103.
- Palacios, E. B., Jadresic, E. M., Palacios, F. B., Miranda, C. V., & Domínguez, R.** (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 67, 1 .
- Parada, L. M.** (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 2, 1, 149-158.
- Peddie, V., Teijlingen, E., & Bhattacharya, S.** (2005). A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction*, 20, 7, 1944-1951.
- Perdigão, A. C.** (2001). A filosofia existencial de Karl Jaspers. *Análise Psicológica*, 4, 19, 539-557.
- Pereira, A.** (1999). *SPSS Guia Prático de Utilização: Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Peronace, L., Boivin, J., & Schmidt, L.** (2007). Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 105-114.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N.** (2003). *Análise de Dados Para Ciências Sociais - A Complementariedade do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Peterson, B. D., Gold, L., & Feingold, T.** (2007). The Experience and Influence of Infertility: Considerations for Couple Counselors. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 15, 3 , 251-257.
- Peterson, B., Newton, C., & Rosen, K.** (2003). Examining Congruence Between Partners' Perceived Infertility-Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in Infertility Couples. *Family Process*, 42, 1, 59-70.
- Peterson, B. D., Newton, C., Rosen, K. H., & Skaggs, G.** (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction* , 1-7.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., & Schmidt, L.** (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23, 5, 1128-1137.
- Poch, J.** (1998). El grupo de las psicoterapias. In J. V. Ruiloba (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la*

*psiquiatria* (4ª ed., pp. 731-749). Barcelona: Masson.

- Ponjaert-Kristoffersen, I., & Baetens, P.** (1999). Counselling patients with infertility problems. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 21, 249-261.
- Pook, M., Tuschen-Caffier, B., Kubek, J., Schill, W., & Krause, W.** (2005). Personality, coping and sperm count. *Blackwell Publishing Ltd Andrologia*, 37, 29-35.
- Pook, M., & Krause, W.** (2005). The impact of treatment experiences on the course of infertility distress in male patients. *Human Reproduction*, 20, 3, 852-828.
- Pottinger, A. M., McKenzie, C., Fredericks, J., DaCosta, V., Wynter, S., Everett, D., et al.** (2006). Gender Differences in Coping with Infertility among Couples Undergoing Counselling for In Vitro Fertilization Treatment. *West Indian Med J*, 55, 4, 237-242.
- Ragni, G., Mosconi, P., Baldini, M. P., Somigliana, E., Vegetti, W., Caliarì, I., et al.** (2005). Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Human Reproduction*, 20, 5, 1286-1291.
- Ramazanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanasfshar, N., & Jafarabadi, M.** (2004). Surveying of relationship between anxiety, depression and duration of infertility [Electronic Version]. *International Congress Series*, 334-337. Retrieved 12-05-06 from ELSEVIER database.
- Ramos, M. M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C.** (2008). Inventário de Problemas de Fertilidade: Características psicométricas da versão portuguesa do Fertility Problem Inventory. *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios.
- Ramos, R.** (2004). *Acontecimentos de Vida na Infância e Percepção de Stress na Aduldez*. Universidade do Minho, Braga.
- Redshaw, M., Hockley, C., & Davidson, L.** (2007). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction*, 22, 1, 295-304.
- Relvas, A. P., & Lourenço, M. C.** (2001). Uma abordagem da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistémica. In M.C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Reed, S. A.** (2001). Medical and psychological aspects of infertility and assisted reproductive technology for the primary care provider. *Military Medicine*, 166, 11, 1018-1022.
- Repokari, L., Punamäki, R. L., Unkila-Kallio, L., Vilksa, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., et al.** (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22, 5, 1481-1491.
- Repokari, L., Punamäki, R.-L., Poikkeus, P., Vilksa, S., Unkila-Kallio, L., Sinkkonen, J., et al.** (2005). The impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood: a prospective controlled study. *Human Reproduction*, 20, 11, 3238-3247.

- Ribeiro, J.** (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.** (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Livpsic.
- Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M.** (2006). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 1-13.
- Ríos, M., Santí, P., & Benítez, I.** (2002). Infertilidad como evento paranormativo. Su repercusión familiar. *Rev Cubana Med Integr*, 18, 2, 117-120.
- Robinson, G. E., & Stewart, D. E.** (1996). The psychological impact of infertility and new reproductive technologies. *Harvard Review of Psychiatry: Women's Issues*, 4, 168-172.
- Rocha-Coutinho, M. L.** (1994). *Tecendo por trás dos panos. A mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Rosenthal, M.** (1988). Women and infertility. *Psychopharmacology Bulletin*, 34, 307-308.
- Rodrigues, V. A., & Gonçalves, L.** (1997). *A Banha da Cobra? Ensaio sobre a Prática Psiquiátrica Contemporânea*. Lisboa: Dom Quixote.
- Sá, E.** (1997a). Aspectos Psicológicos da Esterilidade e da Infertilidade. In E. Sá (Ed.), *A maternidade e o bebe*. (pp. 23-32). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E.** (1997b). Fecundação com Esperma de Dador. In E. Sá (Ed.), *A maternidade e o bebe*. (pp. 33, 37). Lisboa: Fim de Século.
- Salvatore, P., Gariboldi, S., Offidani, A., Coppola, F., Amore, M., & Maggini, C.** (2001). Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility and Sterility*, 75, 6, 1119-1125.
- Sánchez, R. B.** (2002). La inseminación artificial. In D. G. Díaz (Ed.), *Cómo afrontar la infertilidad - Las soluciones médicas y las estrategias psicológicas*. Barcelona: Planeta Prácticos.
- Sandelowski, M., Harris, B. G., & Holditch-Davis, D.** (1993). "Somewhere out there": Parental claiming in the preadoption waiting period. *Journal of Contemporary Ethnography*, 21, 464-486.
- Sanders, K. A., & Bruce, N. W.** (1999). Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 14, 6, 1656-1662.
- Scheider, M., & Forthofer, M. S.** (2005). Associations of psychosocial resources with the stress of infertility treatment. *Health and Social Work*, 30, 3, 183-191.
- Schmidt, L., Christensen, U., & Holstein, B. E.** (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, 20, 4, 1044-1052.
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Christensen, U., & 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.
- Seara, J. L.** (2002). *Stréss y Salud*. Grupo Editorial Universitario.
- Silva, D. R.** (2003). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica* (pp. 44-63). Coimbra: Quarteto.
- Slade, P., Emery, J., & Lieberman, B. A.** (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 12, 1, 183-190.
- Slade, P., O'Neill, C., Simpson, A. J., & Lashen, H.** (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 1-9.
- Smeenk, J., Verhaak, C. M., Eugster, A., van Minnen, A., Zielhuis, G. A., & Braat, D. D.** (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16, 7, 1420-1423.
- Smeenk, J., Verhaak, C., Vingerhoets, A., Sweep, C., Merkus, J., Willemsen, S., et al.** (2005). Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. *Human Reproduction*, 20, 4, 991-996.
- Stammer, H., Wischmann, T., & Verres, R.** (2002). Counseling and Couple Therapy for infertile Couples. *Family Process*, 41, 1, 111-122.
- Stanton, A., & Dunkel-Schetter, C.** (1991). Psychological Adjustment to Infertility. In *Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research* (pp. 3-16). NY: Plenum.
- Stanton, A. L.** (1992). Downward Comparison in Infertile Couples. *Basic and Applied Social Psychology*, 13, 4, 389-403.
- Stanton, A. L., Lobel, M., Sears, S., & DeLuca, R. S.** (2002). Psychosocial Aspects of Selected Issues in Women's Reproductive Health: Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 3, 751-770.
- Straus, B., & Boivin, J.** (s.d.). Counselling within infertility. In *Guidelines for Counselling in Infertility*. ESHRE.
- Suárez, P. S.** (2000). Infertilidad, estrés y moduladores psicosociales. In C. M. Rosset (Ed.), *Factores Psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.
- Sundby, J., Schmidt, L., Heldaas, K., Bugge, S., & Tanbo, T.** (2007). Consequences of IVF among women: 10 years post-treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28, 2, 115-120.
- Sydsjö, G., Ekholm, K., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjö, A.** (2005). Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Human Reproduction*, 20, 7, 1952-1957.
- Tamres, L., Janicki, D., & Helgeson, V. S.** (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2-30.

- Tarabusi, M., Volpe, A., & Facchinetti, F.** (2004). Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 3/4, 273-279.
- Tarlatzis, I., Tarlatzis, B., Diakogiannis, I., Bontis, J., Lagos, S., Gavriilidou, D., et al.** (1993). Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Human Reproduction*, 8, 3, 396-401.
- Tavares, M. L., Soares-Fortunato, J., & Leite-Moreira, A. F.** (2000). Stress - Respostas fisiológicas e fisiopatológicas. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 51-65.
- Teixeira, A., Calejo, L., Vasconcellos, G., Rocha, G., Centeno, M. J., & Guimarães, H.** (2005). Recém-nascidos de Reprodução Medicamente Assistida. *Acta Med Port*, 18, 409-416.
- Terry, D. J., & Hynes, G. J.** (1998). Adjustment to a Low-Control Situation: Reexamining the Role of Coping Responses. *Journal of Personality And Social Psychology*, 74, 4, 1078-1092.
- Terzioglu, F.** (2007). Anxiety of infertile men who undergo genetic testing for assisted reproductive treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28, 3, 147-153.
- Thoits, P. A.** (1999). Self, identity, stress, and mental health. *Social Psychology and Quarterly*, 55, 236-256.
- Throsby, K., & Gill, R.** (2004). "It's different for men". Masculinity and IVF. *Men and Masculinities*, 6, 4, 330-348. Sage Publications.
- Thorn, P. (s.d).** Profesionally facilitated Group Workl. In *Guidelines for Counselling in Infertility*. ESHRE.
- Trindade, Z. A., & Enumo, S. R.** (2001). Representações Sociais de Infertilidade Feminina entre Mulheres Casadas e Solteiras. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 2, 5-26.
- Valentine, D. P.** (1986). Psychological impact of infertility: Identifying issues and needs. *Social Work in Health Care*, 11, 61-69.
- Vallejo, J.** (1998a). Transtornos de Angustia. In J. RuilobaVallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed., pp. 383-399). Barcelona: Masson.
- Vallejo, J.** (1998b). Transtornos depresivos. In J. R. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 507-540). Barcelona: Masson.
- Van Balen, F., & Bos, H. M.** (2004). Infertility, culture, and psychology in worldwide perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22, 4, 245-247.
- Van Rooij, F., Van Balen, F., & Hermans, J.** (2007). Emotional distress and infertility: Turkish migrant couples compared to Dutch couples and couples in Western Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28, 2, 87-95.
- Van Praag, H. M., Kloet, E.R., & Van Os, J.** (2005). Stress, o cérebro e a depressão. (Trad. J. Almeida). Lisboa: Climepsi.

- Vaz-Serra, A.** (1988). Um estudo sobre o coping: o Inventário de Resolução de Problemas. *Clínica*, 9, 4, 301-316.
- Vaz-Serra, A.** (1999). *O Stress na Vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor.
- Velde, E. R., Eijkemans, R., & Habbema, H. D. F.** (2000). Variation in couple fecundity and time to pregnancy, an essential concept in human reproduction. Retrieved 02/02/2005.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaimaat, F. W.** (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20, 8, 2253-2260.
- Verhaak, C., Smeenk, J., Nahuis, M., Kremer, J., & Braat, D.** (2007). Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Human Reproduction*, 22, 1, 305-308.
- Volgsten, H., Svanberg, A. S., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., & Poromaa, I.** (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 1-8.
- Zwick, M.** (2003). *Does Problem-Solving Ability Moderate the Relationship Between Infertility Related Stressors and Psychological Distress in Infertile Women?* Drexel: Doctoral Thesis Submitted to the Faculty of the Drexel University.
- Watkins, K. J., & Baldo, T. D.** (2004). The infertility Experience: Biopsychosocial Effects and Suggestions for Counselors. *Journal of Counseling and Development*, 82, 4, 394-402.
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S.-E., & Lalos, A.** (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22, 2, 598-604.
- Wischmann, T. H.** (2003). Psychogenic Infertility - Myths and Facts [Electronic Version]. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 485-494. Retrieved 08/03/06.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R.** (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Human Reproduction*, 16, 8, 1753-1761.
- WHO.** (2000). Women and mental health. Retrieved 10-05-06, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs248/en/print.html>
- WHO.** (2002). Gender and Mental Health. Retrieved 10-05-06, from <http://www.who.com>
- WHO.** (2006). Gender and women's mental health. Retrieved 10-05-06, from [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/print.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/print.html)
- Woollett, A.** (1985). Childlessness: Strategies for coping with infertility. *International Journal of Behavioral Development*, 8, 473-482.

