

37. Apoyo psicológico a la pareja estéril-subfértil

INTRODUCCIÓN

Los efectos emocionales, que la mayoría de las parejas sometidas a tratamiento de fertilidad experimentan, están suficientemente documentados. En lo que concierne a la salud mental de estas parejas, se propone una intervención integral dentro del tratamiento de la esterilidad-subfertilidad⁽¹⁻⁸⁾.

Merecen nuestra atención las repercusiones psicológicas que produce el tratamiento de esterilidad. Estas repercusiones requieren un acercamiento más personalizado y mejorar la calidad en la atención del paciente. Este sería un primer paso donde el equipo multidisciplinar integre la salud mental y médica⁽⁸⁻¹¹⁾.

Por ello, es de gran interés realizar intervención de prevención y de apoyo para estos efectos adversos que se dan a lo largo de todo este proceso que comienza con la dificultad de conseguir un embarazo por vía natural, sigue con el diagnóstico de esterilidad-infertilidad, continúa con los tratamientos y no acaba con el embarazo, sino que este estigma continúa a lo largo del embarazo e, incluso, con un segundo hijo⁽¹⁾.

El objetivo principal de cualquier apoyo psicológico a la pareja estéril, está en informar a la pareja de las implicaciones de la elección del tratamiento de fertilidad, dar a la pareja el apoyo emocional suficiente y capacitar a ésta para afrontar las consecuencias que la infertilidad y los tratamientos de reproducción asistida causan; todo ello desde un enfoque holístico⁽¹⁰⁾.

Una cuestión importante relacionada es el escaso número de pacientes que asisten a los programas de apoyo psicológico, cuando éstos se ofrecen de manera integrada en los tratamientos de fertilidad.

Las parejas tienen muchos motivos para acceder a estas primeras consultas con el psicólogo. Por un lado, piensan equivocadamente, que pueden enfrentarse a las tensiones que la esterilidad-subfertilidad y los propios tratamientos provocan. Por otro lado, no les llega la información que se les trata de transmitir en las Unidades y de ahí que no recurran al servicio solicitando ayuda⁽¹²⁾. El personal de las clínicas tiene que asegurar que la información acerca del apoyo psicológico que hay llega fácilmente y está claramente disponible.

Es importante que se entienda como un tratamiento integral, que se ofrezca al paciente como algo que está dentro del tratamiento de fertilidad, y que la incapacidad para tener hijos necesita de una intervención médica pero también de una intervención psicológica.

INTERVENCIÓN

Estudio psicológico previo

El estudio psicológico previo a la pareja estéril o subfértil que se somete a TRA ha de realizarse en los siguientes momentos.

Antes de iniciar el tratamiento de fertilidad⁽¹³⁾

Al menos dos semanas antes del comienzo del tratamiento debería realizarse un estudio psicológico de la pareja que pudiera incluir algunos de los siguientes puntos:

Entrevista clínica donde se recoja información sobre

- Genograma socio-familiar, historia en la relación de la pareja⁽¹³⁾, genograma sexual⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.
- Genograma reproductor y factor de esterilidad⁽¹⁷⁾, apoyo socio-familiar⁽¹⁰⁾, antecedentes psiquiátricos⁽¹³⁾, expectativas y motivaciones⁽¹⁰⁾, factor económico y laboral, privacidad del tratamiento⁽¹³⁾ y antecedentes psiquiátricos⁽¹³⁾.

Evaluación psicológica

Personalidad⁽⁹⁾, relación de pareja⁽¹⁸⁾, estrategias de afrontamiento a la frustración⁽⁹⁾ y valoración de niveles de ansiedad y depresión⁽⁹⁾.

Diagnóstico

Diagnóstico, donde se evalúe el consejo psicológico previo a los tratamientos de fertilidad. Sus objetivos son fortalecer emocionalmente a la pareja, mejorar la relación con el equipo y facilitar la petición de ayuda en caso de que lo precisen⁽¹⁹⁾.

El objetivo principal es detectar o identificar a aquellas parejas o individuos más vulnerables y quiénes se pueden beneficiar mayormente de un apoyo psicológico⁽²⁰⁾ y/o tratamiento psicológico⁽¹³⁾. Sin que por ello sea menos necesario el apoyo psicológico a aquellas que puedan superar la angustia psicológica de la esterilidad por ellas mismas⁽²¹⁾ (gracias al apoyo social, estrategias de afrontamiento propias, etc.), y a las que simplemente se les hará un seguimiento rutinario.

Durante la aplicación de las técnicas de reproducción asistida

Hacer un seguimiento observando cualquier indicio que pueda elevar o disminuir los niveles de ansiedad, niveles de depresión y establecer estrategias de afrontamiento de la frustración.

A lo largo de todas las etapas por las que va a ir pasando la pareja (tratamiento hormonal, controles, decisión sobre el número de embriones a transferir⁽²²⁾, ciclo (FIV, ICSI, IA), momentos de espera y resultados. En especial cuando hay una historia de fracasos previos de las técnicas de reproducción asistida donde aparece un impacto negativo en la salud mental de estos pacientes⁽²³⁾.

Después de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida⁽¹³⁾

Evaluar el impacto potencial a nivel personal y sobre las relaciones con la pareja, vida sexual, social, laboral y familiar.

Además deben valorarse las implicaciones cuando el tratamiento no es exitoso, el embarazo se pierde o se realiza una reducción embrionaria.

Intervención psicológica a la pareja estéril o subfértil en técnicas de reproducción asistida

El apoyo psicológico a la pareja debe ofrecerse antes, durante y después de la utilización de técnicas de reproducción asistida^(19,20, 22, 27).

Antes del tratamiento

Estaría indicada una sesión informativa a la pareja, que podría comprender los siguientes puntos:

- Devolución de los resultados obtenidos en el estudio psicológico.
- Información sobre el proceso por el que van a ir pasando y de cómo las TRA pueden afectar al hombre, a la mujer y a la relación.
- Explicación del programa de apoyo psicológico que se va ir haciendo.
- Información escrita sobre los aspectos emocionales de la esterilidad-subfertilidad⁽¹²⁾.

Durante el tratamiento

- Confrontar con la pareja la información médica y las decisiones que va tomando ésta en todo el proceso de TRA.
- Apoyo psicológico y reforzamiento en las estrategias de afrontamiento específicas al momento concreto (diagnóstico de esterilidad, toma de decisión al tratamiento, tratamiento hormonal, controles, punción, transferencia o inseminación, tiempos de espera de resultados del test).
- Intervención en momentos de crisis (sobre-estimulación y/o suspensión del tratamiento, no hay respuesta a la estimulación, no se da la fecundación en el laboratorio, abandono)⁽²⁶⁾.

Después del tratamiento

Tiempo de espera

Trabajar con la pareja desde los siguientes aspectos:

- Planificación del tiempo de ocio.
- Estrategias de afrontamiento: autocontrol, búsqueda de apoyo, etc.

En caso de resultado negativo del test o embarazo no evolutivo

- Apoyo emocional en la notificación del test de embarazo negativo⁽¹⁰⁾.
- Elaboración del duelo no complicado y prevención del duelo complicado antes de que aparezca. Se ha de llevar a cabo no antes de una semana después de la pérdida⁽²⁸⁾.
- Terapia de duelo, cuando el duelo se ha complicado, en el 31º día después de la pérdida (nunca antes).

En caso de resultado positivo del test

- Apoyo psicológico en los momentos de espera (dos semanas) de la ecografía vaginal de confirmación de latido cardiaco y después de obtener como resultado el latido cardiaco. Se trabaja a nivel de:
 - Autocontrol de la ansiedad: técnicas de relajación.
 - Estrategias de afrontamiento (autocontrol).
- Después del resultado positivo de la ecografía:
 - Control a nivel de fantasías: técnicas de relajación y mentales.
 - Estrategias de afrontamiento (aceptación, autocontrol).

Apoyo psicológico ante otras situaciones

Embarazo

- Seguimiento en el embarazo:
 - Ofrecer a las parejas contactos frecuentes con la clínica de reproducción con el objetivo de cubrir el apoyo emocional adicional que estas parejas necesitan al principio del embarazo⁽²⁹⁾.
 - Ofrecer a los futuros padres un apoyo psicológico con respecto a los impactos potenciales a largo plazo de la esterilidad, dudas que se les presentan y decisiones en cuanto a futuros niños⁽³⁰⁾.

Embarazo múltiple⁽¹⁰⁾

- Información y preparación.
- Evaluar la salud de los niños, necesidades de las familias, la depresión maternal y la ansiedad como padres⁽²²⁾.

Aborto espontáneo, terapéutico y reducción embrionaria⁽²²⁾

Abandono del tratamiento⁽²⁶⁾

Los pacientes que abandonan el tratamiento de TRA sin alcanzar un nacimiento vivo representan una parte de todos los pacientes de TRA. Su atención requiere:

- Identificar el problema y buscar tempranamente signos durante el tratamiento, cuando las cosas parecen estropearse o fracasar.
- Analizar los motivos detrás de la interrupción.
- Encontrar estrategias psicológicas de afrontamiento para manejar las reacciones psicológicas mientras los pacientes todavía están en el Programa de Reproducción.

Otros tratamientos de apoyo psicológico optativos

Incluyen la formación de grupos de apoyo y la terapia de la pareja y/o individual⁽³¹⁻⁴²⁾.

Los problemas de fertilidad y su tratamiento pueden tener notables repercusiones psicológicas.	C
Las Unidades de Reproducción Humana deberían contar con un psicólogo a quien poder remitir las pacientes que lo requieran.	RSAA
La atención psicológica a la pareja estéril incluye el estudio psicológico y el apoyo psicológico, que pueden llevarse a cabo antes del inicio del tratamiento, durante éste y a su conclusión.	RSAA

BIBLIOGRAFÍA

1. Menning BE. The emotional needs of infertility couples. *Fertil Steril* 1980; 34: 313-9.
2. Leiblum SR, Greenfeld DA. The course of infertility: immediate and long-term reactions. In: Leiblum S, ed. *Infertility: Psychological Issues and Counselling Strategies*. New York: John Wiley & Sons; 1997: 83-102.
3. Brkovich AM, Fisher WA. Psychological distress and infertility: forty years of research. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19: 218-28.
4. Burns LH, Covington SH. Psychology of infertility. In: Burns LH, Covington SH, eds. *Infertility Counseling. A Comprehensive Handbook for Clinicians*. New York: Parthenon Publishing, 1999: 3-25.
5. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychological characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Hum Reprod* 2001; 16: 1753-61.
6. Hwang JL, Kuo MC, Hsieh BC, Chang CH, Jou LC, Chen WH, Wu GJ. An acute psychiatric episode following transvaginal oocyte retrieval. *Hum Reprod* 2002; 17:1124-6.
7. Domar AD. Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertil Steril* 2004; 81: 271-3.
8. Smeenk JM, Verhaak CM, Braat DD. Psychological interference in in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 2004; 81: 277.
9. Martín S. Aspectos psicológicos de la Inseminación Artificial con Semen de Donante (IAD). *Dissertation Abstracts International*, 2002. (University Microfilms N° 3056704)
10. Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, Daniels KR, Darwish J, Guerra-Díaz D, Hammar M, McWhinnie AM, Strauss B, Thorn P, Wisch-

- mann T, Kertenich H; European Society of Human Reproduction and Embryology. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod* 2001; 16: 1301-4.
11. Sherrod RA. Understanding the emotional aspects of infertility: implications nursing practice. *J Psychosoc Nurs Men Health Serv* 2004; 42: 40-7.
 12. Boivin, J, Scanlan LC, Walter SM. Why are infertile couples not using psychosocial counselling? *Hum Reprod* 1999; 14: 1384-91.
 13. Klock SC. Psychosocial evaluation of the infertile patient. In: Hammer L, Covington S, eds. *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. London: Parthenon Publishing, 1999: 49-63.
 14. Jannini EA, Lombardo F, Salacone P, Gandini L, Lenzi A. Treatment of sexual dysfunctions secondary to male infertility with sildenafil citrate. *Fertil Steril* 81; 3: 705-7.
 15. Beran MD, Emery M, Darwiche J, Wirthner D, Germond M. Assisted procreation and sexual difficulties preventing conception. *Hum Reprod*, 2004; 19, Supp1: 131.
 16. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *Br Med J* 2004; 329: 559-61.
 17. De Gennaro L, Balistreri S, Lenzi A, Lombardo F, Ferrara M, Gandini L. Psychosocial factors discriminate oligozoospermic from normozoospermic men. *Fertil Steril* 2003; 79 Suppl 3: 1571-6.
 18. Newton CR. Counseling the infertile couple. In: Hammer L, Covington S, eds. *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. London: Parthenon Publishing, 1999: 103-116.
 19. Emery M, Beran MD, Darwiche J, Oppizzi L, Joris V, Capel R, Guex P, Germond M. Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effects of routine pre-IVF counselling. *Hum Reprod*. 2003;18: 2647-53.
 20. Klerk C, Hunfeld JA, Duivenvoorden HJ, den Outer MA, Fauser BC, Passchier J, Macklon NS. Effectiveness of a psychosocial counselling intervention for first-time IVF couples: a randomized controlled trial. *Hum Reprod*. 2005; 20:1333-8.
 21. Jacob MC, McQuillan J, Greil, AL, White L. Psychological distress by type of fertility problem. *Fertil Steril* 2003; 80 Supp 3: S51.
 22. Ellison MA, Hall JE. Social stigma and compounded losses: quality-of-life issues for multiple-birth families. *Fertil Steril* 2003; 80: 405-14.
 23. Ragni G, Mosconi P, Baldini MP, Somigliana E, Vegetti W, Caliari I, Nicolosi AE. Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Hum Reprod*. 2005; 20: 1286-91.
 24. Guerra D. Aspectos psicológicos de la esterilidad. Actualizaciones de la Sociedad Española de Fertilidad; 2002; Miscelanea 1: 1-10.
 25. Zariquey M. Aspectos psicológicos de la esterilidad. Actualizaciones de la Sociedad Española de Fertilidad 2002; Miscelanea 1: 11-2.
 26. Olivius C, Friden B, Borg G, Bergh C. Psychological aspects of discontinuation of in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 2004; 81: 276.
 27. Umezulike AC, Efetie ER. The psychological trauma of infertility in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 84: 178-80.
 28. Tizón JL. Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria. 1992. Mosby-Doyma. Barcelona.
 29. Hjelmstedt A, Widstrom AM, Wramsby H, Matthiesen AS, Collins A. Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 152-61.
 30. Hjelmstedt A, Widstrom AM, Wramsby H, Collins A. Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2004; 81: 1254-64.
 31. Lemmens GM, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E, Vanderschueren D, D'Hooghe T, Demyttenaere K. Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Hum Reprod* 2004; 19: 1917-23.
 32. Shapiro CH. Group Counseling. In: Hammer L, Covington S, eds. *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. London: Parthenon Publishing, 1999: 117-27.
 33. Domar AD, Seibel MM, Benson H. The mind/body program for infertility: a new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertil Steril* 1990; 53: 246-9.
 34. Domar AD, Zuttermeister PC, Seibel M, Benson H. Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: a replication. *Fertil Steril* 1992; 58: 144-7.
 35. Domar AD. Stress and infertility in women. In: Leiblum SR, ed. *Infertility: psychological issues and counselling strategies*. New York: John Wiley & Sons Inc, 1997: 67-82.

36. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril*, 2000; 73: 805-11.
37. Vico C, Fontes J, Cervilla MJ, Maldonado MT, Molina A, Castilla JA, Mendoza N, Maldonado V, Martínez L. Influencia de la ansiedad sobre el dolor percibido durante la punción ovárica en un programa de FIV/ICSI. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana. XXIV Congreso Nacional de la SEF. Comunicaciones en Posters*, 2003: 311-312.
38. Asen E. Multiple family therapy: an overview. *J Fam Ther* 2002; 24: 3-16.
39. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med* 2003; 57: 2325-41.
40. Lentner E, Glazer G. Infertile couples' perceptions of infertility support-group participation. *Health Care Women Int* 1991; 12: 317-30.
41. Steinglass P. Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Fam Syst Health*, 1998; 16:55-70.
42. Lemmens G, Wauters S, Heireman M, Eisler I, Lietaer G, Sabbe B. Beneficial factors in family discussions groups of a psychiatric day clinic: perception by the therapeutic team and the families of the therapeutic process. *J Fam Ther*, 2003; 25: 41-63.