
CALIDAD DE
VIDA
RELACIONADA
CON LA SALUD
EN LOS PROCESOS
DE
REPRODUCCIÓN
ASISTIDA. UNA
REVISIÓN

LIFE QUALITY RELATED TO
HEALTH IN THE PROCESSES
OF ASSISTED
REPRODUCTION. A REVIEW



Melania Pérez Ortega

Jorge Barraca Mairal

*Facultad de Ciencias de la Salud. Dpto. de
Psicología, UCJC (Spain)*

email: jbarraca@ucjc.edu

RESUMEN

Este artículo presenta información centrada en el impacto psicológico de la infertilidad y los tratamientos asociados a esta. Tras realizar una breve conceptualización de la infertilidad y los aspectos psicosociales vinculados a esta, se presenta una revisión de la literatura relativa al efecto de los tratamientos de reproducción asistida sobre la calidad de vida. A partir de la elaboración del concepto "Calidad de vida relacionada con

ABSTRACT

In this article we provide information focused in the psychological impact of infertility and the treatments associated with this condition. After introducing a brief conceptualization of infertility and its psychosocial aspects, we present a review of the literature on the effect of assisted reproduction treatments over the quality of life. From the elaboration of the concept "Health-Related Quality of Life (HRQL)", we proceed to describe the

la salud”, se procede a describir aquellas áreas vitales que pueden verse afectadas durante los procesos de reproducción asistida. Se concluye con la necesidad de elaboración e implantación de programas destinados a la promoción de la calidad de vida en las parejas sometidas a este tipo de tratamientos, tanto para reducir el impacto psicosocial como para aumentar el logro y adherencia a los tratamientos médicos.

PALABRAS CLAVE

Infertilidad, Calidad de vida, Tratamiento de Reproducción Asistida, Aspectos psicológicos.

vital areas of life that could be affected during the processes of assisted reproduction. The article concludes with the need to develop and to implement programs aimed to promote the quality of life of those couples subject to this type of treatments, not only to reduce its psychosocial impact, but also to improve the achievement of and adherence to these medical treatments.

KEYWORDS

Infertility, Quality of life, Assisted reproduction treatment, Psychological aspects.

INTRODUCCIÓN

Existen numerosas evidencias sobre el impacto psicológico de la infertilidad y de los tratamientos asociados a esta. La infertilidad no es considerada en sí misma una psicopatología (Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro & Ávila, 2008) pero el proceso que abarca la comunicación del diagnóstico de infertilidad, someterse a Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) y los repetidos intentos por conseguir un embarazo, supone un periodo largo y estresante que sitúa a las parejas en riesgo de desarrollar problemas emocionales y de desajuste (Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera & Robaina, 2008), lo que puede traducirse en una disminución de la calidad de vida (Monga, Alexandrescu, Katz, Stein & Ganiats, 2004).

La infertilidad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la incapacidad para concebir después de un año de mantener relaciones sexuales regulares no protegidas. La OMS incluye a la infertilidad dentro de las enfermedades crónicas, pero esta posee unos matices que la diferencian del resto de padecimientos físicos.

De acuerdo con Llavona (2008), la infertilidad es un problema atípico ya que para la gran mayoría de las personas que la padecen no conlleva ninguna repercusión física negativa: no impone limitaciones físicas a quien la padece, no provoca sintomatología ni dolor asociado, no supone una amenaza real para la propia vida y las parejas pueden elegir libremente el someterse o no a tratamiento,

porque su evolución no supone ningún peligro para su supervivencia. No obstante, la realidad clínica muestra que, no obstante esto, ante la infertilidad pueden aparecer reacciones emocionales semejantes a los de pacientes con otras patologías como es el cáncer (Antequera *et al.*, 2008), pudiendo representar un importante deterioro de la calidad de vida de estas personas, que pueden llegar a sufrir tanto o más que otros pacientes con enfermedades crónicas mortales. Otra característica que hace de esta enfermedad un problema tan atípico es que, en la mayoría de los casos, son dos personas las implicadas, independientemente de en cuál de los dos se localice la disfunción, por lo que se extiende a la pareja y por ello se habla de 'parejas infértiles'. En consecuencia, se puede afirmar, según Moreno-Rosset (2010), que afecta a ambos miembros de la pareja.

Según la OMS, alrededor de un 10-15% de las parejas tienen algún tipo de problemas de fertilidad. En España, se estima que casi un 15% de las parejas en edad reproductiva tienen problemas de fertilidad y existen cerca de un millón de parejas que demandan asistencia reproductiva. Los datos epidemiológicos de los últimos años reflejan un incremento de los problemas de fertilidad en las parejas, los cuales parecen deberse a múltiples factores: fisiológicos, ambientales y sociodemográficos (SEF, 2011). En este aspecto coinciden otros autores como Flores, Jenaro y Moreno-Rosset (2008), quienes indican que existe acuerdo en señalar como factores una gran multitud de aspectos, aparte de las alteraciones estrictamente médicas padecidas tanto por el hombre como por la mujer, que pueden incidir de forma directa o indirecta en la aparición de problemas de concepción. Entre estos factores, las autoras destacan las enfermedades de transmisión sexual, el consumo elevado de alcohol, tabaco y drogas, algunos medicamentos, trastornos de la alimentación, el estrés y la ansiedad, así como otros relacionados con los métodos anticonceptivos utilizados, el acceso de la mujer al mercado laboral y la avanzada edad a la que se desea tener hijos.

A pesar de que existen datos de prevalencia como los que se han mencionado, se considera importante destacar la dificultad para presentar tasas de prevalencia e incidencia en infertilidad, ya que, entre otros aspectos, muchas personas no son conscientes de padecer la enfermedad, o son conscientes pero no acuden en busca de ayuda, y no hay unanimidad en cuanto a los tiempos que deben transcurrir para que sea etiquetada como tal. Lo que sí parece claro es que la capacidad de concebir es menor a medida que avanza la edad de la mujer, por lo que los tiempos para determinar el diagnóstico de infertilidad deberían establecerse más cortos a mayor edad de la mujer (Moreno-Rosset, 2010).

IMPACTO SOCIAL DE LOS TRA

Como revela la bibliografía existente, el diagnóstico de infertilidad puede ser el origen de una importante crisis en la vida de las personas que la padecen, caracterizada por elevados niveles de estrés y de desajuste emocional. Estos niveles de malestar estarán influidos por distintos factores.

Según Veiga, Puccio, y Tamburelli (2013) deben considerarse los siguientes aspectos:

- Alto nivel de incertidumbre y ansiedad acerca del éxito del tratamiento de reproducción asistida.
- Elaboración del duelo relacionado con el diagnóstico de infertilidad y la incapacidad de concebir naturalmente.
- Sensación de falta de control sobre la situación.
- Presiones familiares.
- Estrés marital.
- Dificultades en las relaciones sexuales.
- Baja autoestima.
- Dificultades económicas para afrontar el o los tratamientos por venir.

Otros factores que la literatura revisada indica que deben tenerse en cuenta en relación con el impacto psicológico en TRA son:

- Los propios procedimientos de diagnóstico e intervención, que en ocasiones pueden resultar largos e intrusivos, así como generar dolor físico.
- Altos costes económicos.
- Dificultades laborales al ser necesaria la asistencia a las unidades.
- Alteración de la vida cotidiana de los pacientes.
- Falta de espontaneidad en las relaciones sexuales en las ocasiones que existe la necesidad de programarlas.
- Expectativas no realistas de cara al tratamiento.
- Ausencia de información y concienciación de la alta prevalencia e incidencia de los problemas reproductivos y la marcada creencia derivada, entre otros aspectos, del frecuente uso de anticonceptivos, de que la maternidad o paternidad es algo que se puede obtener cuando se desee.
- Ausencia de comunicación sobre el problema a la red social, lo que puede

conllevar una disminución de apoyo social. El apoyo social es un valioso recurso de afrontamiento del estrés y amortiguador de los efectos de este (Almagiá, 2014).

- Posible toma de decisiones éticas, como qué hacer con el sobrante de embriones, o aquellas relacionadas con la utilización de donación de gametos o embriones.
- El tiempo de espera y los tiempos necesarios para la realización de la evaluación y llevar a cabo la adecuada intervención pueden convertirse en estresantes factores, pues a más edad de la mujer más dificultad para lograr el objetivo deseado (Moreno-Rosset, 2010).
- Elaboración del duelo de la fertilidad y creencia de que este procedimiento de reproducción asistida es la única opción posible para satisfacer el deseo de maternidad o paternidad.
- Posible influencia de los fármacos administrados en el estado de ánimo de las pacientes.

Estos aspectos deben ser considerados sin olvidar que existen numerosas variables personales y médicas que van a incidir en el impacto y las consecuencias del diagnóstico de infertilidad, por lo que al hablar de población infértil se está haciendo referencia a un grupo muy heterogéneo.

CALIDAD DE VIDA E INFERTILIDAD

En las últimas décadas, numerosos estudios se han centrado en la calidad de vida de las personas con infertilidad, señalando que esta puede verse afectada tanto por la enfermedad en sí misma, como por los tratamientos asociados a esta (Monga et al., 2004; Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat & Braat, 2007).

Lograr una definición completa del término *Calidad de Vida* no es tarea sencilla, pues recoge muchos aspectos individuales y grupales, así como subjetivos y objetivos. La OMS define la Calidad de Vida como “la percepción de un individuo de su situación de vida, en relación a su contexto cultural y sistema de valores, a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (WHOQOL Group, 1998).

Al hablar de calidad de vida se hace alusión a distintos niveles, desde el bienestar social o comunitario hasta aspectos más específicos o individuales. Por esto, el concepto de calidad de vida ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Casi todos los autores coinciden en que el término aparece en la década de los cincuenta y desde ahí comenzó a expandirse al ir desarrollándose los conceptos de bienestar y salud (Hernández, 2007). Es un concepto muy amplio que incluye aspectos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las

relaciones sociales, las creencias personales y su relación con el medio ambiente.

La calidad de vida no puede explicarse por tanto por un solo elemento, sino que hay que atender a la combinación de diversas áreas, dominios o componentes (Rojo, 2002). Fernández y Rojo (2005) realizan un examen de los componentes de la calidad de vida que se han encontrado en la biografía, lo cual da lugar a un amplio listado de diversos aspectos: calidad del medio ambiente, entorno residencial, valores, relaciones y apoyo social, relaciones familiares, situación laboral, situación económica, salud, estado emocional, religión, espiritualidad, ocio, cultura, y un largo etcétera de subdimensiones dentro de cada uno de estos aspectos.

En el campo de la salud, el término de calidad de vida surge ante el llamamiento de la OMS para la promoción de la salud.

La alta prevalencia de enfermedades de carácter crónico, es decir sin posibilidad de curación total, genera la necesidad de medidas para reducir o eliminar síntomas, prevenir posibles dificultades y mejorar el bienestar de los pacientes. Es en este contexto donde nace el concepto de Calidad de Vida Relacionado con la Salud (CVRS) (Schwartzmann, 2003). Este término incluye también cuestiones relacionadas con los aspectos físicos, mentales, emocionales y sociales en relación con la enfermedad o con el enfoque terapéutico de ésta.

Esencialmente este nuevo concepto añade la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Testa, 1996).

Según Badía y Gacía (2000), la CVRS se encarga de aquellos aspectos relativos a la percepción general de la salud. Consiste en la sensación de bienestar experimentada por las personas que representa las sensaciones subjetivas y personales de “sentirse bien” (Testa, 1996).

Son numerosos los estudios que se han centrado en el análisis de la calidad de vida de las personas con infertilidad. La mayoría de los estudios indican que la infertilidad, tanto la enfermedad en sí misma como los tratamientos asociadas a esta, tiene un impacto negativo en las distintas áreas de la calidad de vida de estas personas. (Chachamovich, Chachamovich, Ezer, Fleck, Knauth, & Passos, 2010; Fekkes, Buitendijk, Verrips, Braat, Brewaeys, Dolfing, Kortman, Leerentveld & Macklon, 2003; Gameiro, Boivin, Peronace, Rooney & Domar, 2012; Tatpati, Hudson, Ehlers & Coddington, 2014; Verhaak *et al.*, 2007; Verhaak, 2012).

A continuación, se señalan aquellas áreas de la calidad de vida en las que la literatura existente encuentra mayores alteraciones. Fortalecer estas áreas y dotar de herramientas a los pacientes sometidos a TRA, así como prevenir posibles desajustes, serán los objetivos principales a tener en cuenta de cara a elaborar programas de promoción de salud.

Aspectos relacionados con el contexto médico

Distintos estudios aseguran que la persona con infertilidad puede experimentar una gran carga psicológica al comenzar un tratamiento de reproducción (Cooper-Hilbert, 2001; Daniluk, 2001). Las frecuentes visitas al centro, la dificultad para ajustarse a estas, someterse a las pruebas médicas requeridas, el coste económico, las difíciles decisiones que hay que tomar a lo largo de este proceso (cuánto tiempo y dinero invertir, qué tratamiento escoger, etc.), son factores que se relacionan con la merma de calidad de vida de estos pacientes.

Schmidt, Holstein, Boivin, Tjorhoj, Blaabjerg, Hald, Rasmussen y Andersen (2003), recalcan que el grado de satisfacción que los pacientes muestran en relación con los servicios de reproducción asistida está íntimamente relacionado con la forma en la que se les ofrece esta información. En esto mismo coinciden Pedro, Canavarró, Boivin y Gameiro (2013), afirmando que la comunicación y la accesibilidad de los profesionales del equipo médico influyen en una menor presencia de preocupaciones y se asocian con una mayor adherencia al tratamiento.

Otros estudios también revelan que el cuidado centrado en el paciente predice mayores niveles de calidad de vida y menor presencia de emociones negativas, como ansiedad y tristeza (Aarts, Huppelschoten, van Empel, Boivin, Verhaak, Kremer & Nelen, 2012).

Funcionamiento físico y cognitivo

Se ha identificado en diversos trabajos que la infertilidad tiene efectos perjudiciales en la salud de las personas que la padecen: el cansancio, la pérdida o aumento de apetito, los problemas del sueño y la aparición de dolor en distintas zonas, son algunas de las principales consecuencias. También se pueden encontrar síntomas somáticos (náuseas, palpitaciones, desmayos, etc.) así como un menor funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, problemas para resolver conflictos o tomar decisiones).

Los elevados niveles de estrés y emociones negativas que pueden mantenerse de forma prolongada, aumentan la probabilidad de la instauración de hábitos de vida pocos saludables: consumo de tabaco, alcohol, disminución de

actividad física o sedentarismo, así como alimentación inadecuada.

También pueden surgir estrategias de afrontamiento inadecuadas como evitar lugares con niños, alejarse de la principal red social y no comunicarse de una forma asertiva (Lara, Grymberg & Sugiyama, 2001; Onat & Beji, 2012)

Funcionamiento emocional

Según Moreno-Rosset (2008), el proceso emocional que conlleva tanto la infertilidad, como los tratamientos para esta, es tan importante que resulta imprescindible que el psicólogo forme parte del equipo multidisciplinar. Se debe destacar que no se trata de una población clínica y que la prevalencia de alteraciones psicológicas se ajusta a la población general, es decir, alrededor de un 20% de personas manifiestan haber recibido diagnósticos de cuadros de ansiedad o del estado de ánimo. Sin embargo, es de destacar que alrededor de un 60% de mujeres que han comenzado los tratamientos de TRA presentan modificaciones en su estado anímico (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro & Gómez, 2009).

Como afirma Llavona (2008), la evaluación psicológica de la pareja permitirá conocer su ajuste emocional y detectar a parejas con alto riesgo de desarrollar trastornos emocionales para poder ofrecer la ayuda psicológica ajustada y necesaria para cada caso. Se habla de ajuste o desajuste emocional puesto que las alteraciones emocionales no siempre cumplen los criterios necesarios para ser consideradas como entidades clínicas.

La bibliografía revisada muestra numerosos estudios que evalúan la presencia de emociones negativas, como la tristeza y la ansiedad, en personas sometidas a TRA. La mayoría de estos estudios reflejan que este impacto psicológico es diferente en función del género (Del Castillo, Arnal, Moreno-Rosset, Ramírez-Uclés & Urries, 2014; Veiga *et al.* 2013; Del Castillo, Moreno-Rosset, Martín & Ramírez-Uclés, 2009). Peterson, Newton, Rosen y Skaggs (2006), indican que también se encuentran diferencias en las estrategias de afrontamiento, utilizando las mujeres un afrontamiento más centrado en la búsqueda de apoyo social en comparación con los hombres que tienden a distanciarse del problema. Sin embargo, recientemente están publicándose estudios, como el de Ozkan, Karabulut, Oguz y Sorkun (2015), que afirman que no existen diferencias en puntuaciones de afrontamiento ni en las estrategias utilizadas entre hombres y mujeres.

Llavona (2008) considera natural que las parejas que se encuentran de pronto con este problema se vean sorprendidas y que los miembros de esta se sientan confusos y experimente, al menos, una sensación de desconcierto. Este autor

afirma que es un proceso que obliga a replantearse el plan de vida y a tomar decisiones importantes sobre el mismo. En otras palabras, ser consciente de la imposibilidad de poder engendrar un hijo, en un “shock emocional” clasificado como un acontecimiento vital de sobrecarga crónica. Esto puede producir diversos sentimientos de fracaso, culpabilidad, inutilidad y un dolor profundo, ya que de golpe se desmoronan los pilares personales, laborales, sociales, familiares y económicos que se han estado construyendo como base de la pareja y de cara a la vida familiar (Moreno-Rosset, 2010).

En la misma dirección, Moreno y Guerra (2007) afirman que, en general, es frecuente encontrar expresiones emocionales de aislamiento social y personal, culpa, ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja.

La ira es otra emoción que puede aparecer en relación a la infertilidad. Esta surge cuando la persona interpreta la presencia de un obstáculo que le impide alcanzar un objetivo o meta deseada o satisfacer una necesidad. La aparición de esta emoción parece algo lógico si se tiene en cuenta las características y consecuencias de la infertilidad. Sin embargo, no es una emoción muy estudiada en la bibliografía revisada y podría ser importante para este tipo de parejas por sus correlatos fisiológicos y el malestar y dificultades de pareja y de apoyo social que pueda propiciar un mal control de esta (Pérez-Ortega & Barraca, 2014).

Según Moreno-Rosset (2010), tras recibir un diagnóstico de infertilidad se entremezclan emociones contradictorias: por un lado sentimientos de frustración, impotencia o tristeza y, por otro lado, confianza, esperanza y optimismo por la posibilidad de obtenerlo a través de las TRA, lo que se denomina “carrusel de emociones”. Esta “montaña rusa” de emociones va a repetirse en cada nuevo tratamiento lo cual implica sufrimiento y desgaste a largo plazo, por lo que será necesario ofrecer a las parejas estrategias de afrontamiento para poder manejar este duro proceso y sus fases de la mejor forma posible.

Relación marital y sexual

Existe un gran número de estudios que encuentran problemas de comunicación, pérdida de empatía y disfunciones sexuales o insatisfacción en este tipo de relaciones, durante el proceso de reproducción asistida (Burns & Covington, 1999; Monga *et al.*, 2004; Olivius, Friden, Borg & Bergh, 2004)

Por otro lado, existen también investigaciones que sugieren que los problemas de fertilidad aumentan la unión, el apoyo en la pareja y supone, además, un crecimiento personal (Pasch & Christensen, 2000; Repokari, Punamäki, Unkila-Kallio, Vilska, Poikkeus, Sinkkonen & Tulppala, 2007). Parece ser que la calidad de

la pareja y el ajuste marital previo al diagnóstico tienen que ver con el mantenimiento y fortalecimiento de la relación cuando surge el problema (Peterson, Newton & Rosen, 2003).

Según Flores *et al.* (2008), todas estas evidencias explican la infertilidad como un complejo problema ante el que cada pareja puede responder de manera diferente. Estas autoras destacan que, en la mayoría de estudios, se afirma de forma unánime que la infertilidad es un problema que afecta a la pareja como entidad unitaria. Un buen ajuste marital, una adecuada comunicación y una visión compartida del problema, son aspectos que favorecen un afrontamiento más saludable de la situación de infertilidad e incluso un fortalecimiento de la relación de pareja. En el caso contrario, la infertilidad puede suponer un intenso problema que ponga en juego la relación de pareja.

En la literatura destacan sobre todo dos tipos de problemas en la pareja sometida a TRA: Dificultades de comunicación y problemas sexuales.

En relación a la comunicación, se encuentra que puede verse mermada por el estrés que acompaña todo este proceso, las diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas por hombres y mujeres y al hecho de no compartir una misma visión del problema y de las consecuencias de este (Pash & Christensen, 2000; Schmidt, Holstein, Christensen & Boivin, 2005). Suele suceder que uno de los miembros de la pareja (normalmente el hombre), con la intención de proteger a su pareja, decida no expresar explícitamente sus emociones. También pueden aparecer dificultades en la comunicación por las diferencias existentes entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por el hombre y la mujer (Peterson *et al.*, 2006). La consecuencia de esto es que la mujer puede experimentar una gran sensación de soledad e incompreensión, que aumenta la angustia y tensión en la pareja (Flores *et al.* 2008) y el hombre no sería de extrañar que manifestara síntomas de indefensión aprendida. Será necesario en estos casos ayudar a normalizar sus emociones y entrenarlos en técnicas de comunicación asertiva para que puedan expresar abiertamente sus sentimientos.

Es probable también que se produzca un resentimiento de la vida sexual de la pareja, disminuyendo calidad y frecuencia de las relaciones sexuales. Parece ser que uno de los principales problemas tiene relación con el carácter programado de las relaciones sexuales en determinados momentos del tratamiento, lo que puede llevar a una pérdida de espontaneidad (Moreno-Rosset, 2009). En otros casos aparecen disfunciones sexuales relacionadas con el deseo sexual y el orgasmo. Según Keskin, Coksuer, Gungor, Ercan, Karasahin y Baser (2011), aproximadamente entre el 65% y el 76% de las mujeres presentaban disfunciones de

este tipo. En el caso de los varones se encontraba una prevalencia elevada de eyaculación precoz y disfunción eréctil.

El sexo puede llegar a convertirse en algo doloroso por la incapacidad para concebir. Será de suma importancia ayudar a la pareja a recuperar el placer, la satisfacción y la comunicación afectiva (Flores *et al.*, 2008), pues una sexualidad sana es fundamental para el bienestar psicológico e influye de manera decisiva en la calidad de vida.

Apoyo social percibido

Como señalan Östberg y Lennartsson (2007), son numerosos los estudios, de diversos ámbitos, que demuestran una clara relación entre apoyo social y estado de salud.

Se ha demostrado de forma reiterada que el apoyo social tiene influencia, tanto directa, como amortiguadora (“buffering”), sobre el estrés (Barrón, 1996). Estos estudios reflejan que las relaciones interpersonales tienen una contrastada importancia en el ajuste y afrontamiento adecuado de la enfermedad.

Muchas parejas experimentan su infertilidad con fuertes sensaciones de aislamiento y soledad, con la creencia de que no son comprendidos por sus amigos o familiares (Daniluk, 2001). En el estudio de Forrest y Gilbert (1992) se mostró que un gran número de parejas referían que sus amigos y familiares no sabían cómo actuar ante ellos ni qué decirles. Debido al estrés y al dolor que sienten, las parejas pueden ir alejándose de su red social. Este aspecto es de suma importancia pues el apoyo social parece suponer un importantísimo efecto amortiguador del estrés derivado de la situación de infertilidad y de los tratamientos asociados a estas.

Greenglas y Fiksenbaum (2009) mostraron en su trabajo la existencia de relación entre las variables apoyo social, afecto positivo y bienestar. Qadir, Khalid y Medhin (2015) sugieren que el ajuste marital y el apoyo social se relacionan negativamente con el malestar psicológico. En la misma dirección se destaca el estudio de Yu, Peng, Chen, Long, He, Li, y Wang (2014), en el que se encuentra una correlación positiva entre apoyo social y el crecimiento postraumático. Es decir, el apoyo social aumenta las probabilidades de poder aprender y crecer tras una experiencia tan adversa como puede resultar la infertilidad (WHO, 1995).

Se considera muy importante el entrenamiento en un estilo de comunicación asertivo y psicoeducación para fomentar la búsqueda de apoyo social de calidad, especialmente en las mujeres (Steuber & High, 2015).

CONCLUSIONES

Al hablar de infertilidad no se habla de psicopatología, es el diagnóstico y tratamiento de esta lo que va a suponer un proceso largo y estresante que provoca alteraciones emocionales como ansiedad y depresión, en un porcentaje elevado de parejas (Moreno-Rosset *et al.*, 2009). Por todo esto no es razonable plantear un “tratamiento psicológico” de la infertilidad, pero la orientación e intervención psicoterapéutica puede resultar un pilar fundamental para la elaboración y manejo adecuado de las experiencias y situaciones que se encuentran las parejas que viven este problema. Para tratar dichas experiencias, sería recomendable llevar a cabo programas de intervención psicológica que incluyan técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, así como el establecimiento de estrategias de afrontamiento ante todas las fases que atraviesan las parejas infértiles (Ávila Espada & Moreno-Rosset, 2008; Flores *et al.*, 2008).

Strauss, Hepp, Staeding y Mettler (1998) estudiaron la relación entre variables psicológicas y el logro del embarazo o el abandono del tratamiento. Estas variables psicológicas explicaron una gran cantidad de la varianza en cuanto al logro del embarazo y se asociaron también con el abandono del tratamiento. Aquellas parejas que interrumpieron el tratamiento antes de un año, mostraban mayores desajustes en el funcionamiento emocional y social, en el caso de las mujeres, y en el área de pareja en el caso de los hombres. Siendo, por tanto, el malestar psicológico considerado como un importante factor de riesgo de una disminución de la tasa de embarazo.

Según Boivin, Scanlan y Walker (1999), para un 15-20% de estas parejas el estrés emocional es tan intenso que llegan a necesitar asistencia psicológica. El coste emocional es tan elevado que el 54% de las parejas abandona el tratamiento sin conseguir el embarazo y antes de haber completado tres ciclos de tratamiento (Olivius, Friden, Lundin & Bergh, 2004).

Olivius *et al.* (2004), aseguran que la exigencia psicológica que implican estos tratamientos tiene resultados indirectos sobre el resultado de estos, en cuanto que influye enormemente en la tasa de abandono. Estos autores consideran que las parejas abandonan el tratamiento por la amenaza que significa para la pareja el estrés experimentado.

En definitiva, el impacto sobre la calidad de vida de la infertilidad queda evidenciado por numerosos estudios y debe recibir la atención adecuada por

parte de los profesionales sanitarios, de una forma integrada y a través de un trabajo multidisciplinar.

Será por tanto necesario el desarrollo y la implantación de programas para mejorar aquellas áreas de la calidad de vida descritas anteriormente (Kim y Shin, 2013; Valsangkar, Bodhare, Bele & Sai, 2011), persiguiendo 3 objetivos principales: mejorar la calidad de vida, fomentar la situación de infertilidad como una oportunidad de crecimiento, tanto a nivel de pareja como individual, y analizar si los resultados obtenidos a través de la implantación del programa de intervención se relacionan con un aumento de la adherencia y las posibilidades de éxito de las TRA.

REFERENCIAS

- Aarts, J., Huppelschoten, A., van Empel, I., Boivin, J., Verhaak, C., Kremer y Nelen, W. (2012). How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Human Reproduction*, 27 (2), 488-495.
- Almagiá, E. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243
- Antequera, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C. y Ávila, A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 167-175.
- Ávila Espada, A. y Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 186-196.
- Badia, X., y García, F. (2000). La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. *La Investigación de Resultados en Salud. De la evidencia a la práctica clínica*. Barcelona, Edimac.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España.
- Boivin, J., Scanlan, L. C., y Walker, S. M. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling?. *Human Reproduction*, 14 (5), 1384-1391.
- Burns, L. y Covington, S.N. (1999). *Infertility counselling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Publishing Group.
- Chachamovich, J., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M., Knauth, D., & Passos, E. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31 (2), 101-110.
- Cooper-Hilbert, B. (2001). Helping couples through the crisis of infertility. *Clinical Update: The American Association for Marriage and Family Therapy*, 3, 1-6.

- Daniluk, J. (2001). "If We Had It to Do Over Again...": Couples' Reflections on Their Experiences of Infertility Treatments. *The Family Journal*, 9 (2), 122-133.
- Del Castillo, M., Arnal, B., Moreno-Rosset, C., Ramírez-Uclés, I., y Urries, A. (2014). ¿Existen diferencias de género en la reacción emocional frente a la infertilidad? *III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud*. Sevilla, España.
- Del Castillo, M., Moreno - Rosset, C., Martín, M.D. y Ramírez - Uclés, I. (2009). Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: Un enfoque positivo. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 41- 48.
- Fekkes, M., Buitendijk, S., Verrips, G., Braat, D., Brewaeys, A., Dolfing, J., Kortman, M., Leerentveld, R. y Macklon, N. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*, 18 (7), 1536-1543.
- Fernández-Mayoralas, G. y Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 5 (5), 117-135.
- Forrest, L., y Gilbert, M. S. (1992). Infertility: An unanticipated and prolonged life crisis. *Journal of Mental Health Counseling*, 14, 42-58.
- Flores, N., Jenaro, C. y Moreno-Rosset, C. (2008). *T Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 205-212.
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L. y Verhaak, C. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human reproduction update*, 18 (6), 652-669.
- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being: Testing for Mediation Using Path Analysis. *European Psychologist*, 14, 29-39. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.29>
- Hernández, E. (2007). *Atención psicológica en el trasplante de órganos: trasplante de corazón*. Editorial Ciencias Médicas (ECIMED).
- Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Robaina, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: el "DERA" una prueba creada en España. *Papeles del psicólogo*, 29 (2), 176-185.
- Keskin, U., Coksuer, H., Gungor, S., Ercan, C. M., Karasahin, K. E., y Baser, I. (2011). Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertility and sterility*, 96 (5), 1213-1217.
- Kim, J. y Shin, H. S. (2013). A structural model for quality of life of infertile women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43 (3), 312-320.
- Lara, L., Grymberg, B. y Sugiyama, E. (2001). Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: un enfoque cualitativo. *Salud Mental*, 24 (5), 30.

- Llavona, L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 158-166.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., y Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63 (1), 126-130.
- Moreno, A. y Guerra, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, Número monográfico.
- Moreno-Rosset, C. (2010). *Infertilidad*. Madrid: Síntesis.
- Moreno-Rosset, C. (Coord.) (2009). *Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Moreno-Rosset, C. (2008). Infertilidad y psicología de la reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29 (2), 154-157.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C. y Gómez, Y. (2009). La psicología de la reproducción: la necesidad del psicólogo en las unidades de reproducción humana. *Cínica y Salud*, 20 (1), 79-90
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G. y Bergh, C. (2004). Psychological aspects of discontinuation of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 81, 276-282.
- Onat, G. y Beji, N. K. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability*, 30 (1), 39-52.
- Östberg, V. y Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: the importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 197-204
- Ozkan, S., Karabulut, A., Oguz, N., y Sorkun, H. C. (2015). Coping with the Stress of Infertility Males Versus Females. *Journal of reproductive medicine*, 60 (7-8), 339-344.
- Pasch, L. A. y Christensen, A. (2000). Couples Facing Fertility Problems. En K.B. Schmaling y T.G. Sher (Eds.). *The Psychology of Couples and Illness: Theory, research & Practice* (241-267). Washington DC: American Psychological Association.
- Pedro, J., Canavarró, M., Boivin, J., y Gameiro, S. (2013). Positive experiences of patient-centred care are associated with intentions to comply with fertility treatment: findings from the validation of the Portuguese version of the PCQ-Infertility tool. *Human Reproduction*, 28 (9), 2462-2472.
- Pérez-Ortega, M. y Barraca, J. (2014). Estrés percibido, ansiedad, depresión e ira en el proceso de reproducción asistida: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 40, (161), 53-71.
- Peterson, B., Newton, C., Rosen, K., y Skaggs, G. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress.

- Human Reproduction*, 21 (9), 2443-2449.
- Peterson, B., Newton, C. y Rosen, (2003). Examining Congruence Between Partners' Perceived Infertility- Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in Infertile Couples. *Family process*, 42 (1), 59-70.
- Qadir, F., Khalid, A. & Medhin, G. (2015). Social support, marital adjustment, and psychological distress among women with primary infertility in Pakistan. *Women Health*, 55(4):432-46. doi: 10.1080/03630242.2015.1022687.
- Repokari, L., Punamäki, R. L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J. y Tulppala, M. (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.
- Royo, F. (2002). *Envejecer en casa: la satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida* (Vol. 23). Editorial CSIC-CSIC Press.
- Rooney, K. y Domar, A. (2016). The impact of stress on fertility treatment. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 28 (3), 198-201.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9 (2), 09-21.
- Schmidt, L., Holstein, B.E., Christensen, U. y Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20 (11), 3248-3256.
- Schmidt, L., Holstein, B.E., Boivin, J., Tjorhoj, T., Blaabjerg, J., Hald, F., Rasmussen, P.E. y Andersen, A. (2003). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction*, 18 (12), 2638-2646.
- Sociedad Española de Fertilidad (2011). *La Infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas*. Imago Concept & Image Development: Matorras, R.
- Steuber, K. R., & High, A. (2015). Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women. *Human Reproduction*, 30 (7), 1635-1642.
- Strauss, B., Hepp, U., Staeding, G., y Mettler, L. (1998). Psychological characteristics of infertile couples: Can they predict pregnancy and treatment persistence?. *Journal of community & applied social psychology*, 8 (4), 289-301.
- Tatpati, L., Hudson, S., Ehlers, S. y Coddington, C. (2014). Emotional Impact of Reduced Access to Assisted Reproductive Care. *The Journal of reproductive medicine*, 60 (9-10), 404-408.
- Testa, M. (1996). Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N Engl J Med*, 334 (13), 28, 835-840.
- Valsangkar, S., Bodhare, T., Bele, S., y Sai, S. (2011). An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality

- of life in women. *Journal of human reproductive sciences*, 4 (2), 80.
- Veiga, M.C., Puccio, M.C. y Tamburelli, V. (2013). ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad? *Reproducción*, 3 (28), 79-89.
- Verhaak, C., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J., Kraaijmaat, F. y Braat, D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human reproduction update*, 13 (1), 27-36.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*, 28, 551-558.
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, W., He, M., Li, M., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215, 2, 401-405. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.032>.