

EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA INFERTILIDAD

Luis María Llavona Uribelarrea
Universidad Complutense de Madrid

Este trabajo analiza la infertilidad como "problema clínico atípico" y la relevancia de sus consecuencias psicológicas. Describe las circunstancias que pueden desencadenar una crisis vital en la pareja, y revisa la investigación sobre la devaluación del autoconcepto y sobre las alteraciones emocionales. También recuerda las repercusiones negativas psico-sociales y económicas en los países en desarrollo.

Palabras clave: Infertilidad, Ajuste emocional, Crisis vital, Autoconcepto, Pareja.

This paper analyzes infertility as an "atypical clinical problem" and the relevance of its psychological consequences. It describes the circumstances that can lead to a life crisis in the couple and provides an overview of research on devaluation of the self-concept and on emotional adjustment. It also considers negative psycho-social and economic implications in developing countries.

Key words: Infertility, Emotional adjustment, Life crisis, Self-concept, Couple.

El problema de la infertilidad está adquiriendo una presencia cada vez mayor en las sociedades desarrolladas. Esta presencia no se debe solamente al importante aumento de las personas que se encuentran dentro de esta condición, sino también a los extraordinarios avances científico-tecnológicos que se han producido en las últimas décadas en el campo de la reproducción asistida, a los ingentes medios que se han dispuesto para la atención de las personas con este problema (crecimiento exponencial de centros de asistencia públicos y privados), y a la toma de conciencia social de que este fenómeno, dados los derroteros que ha tomado nuestra civilización respecto a los patrones de vida, irá teniendo cada vez mayores repercusiones en la sociedad, pudiendo llegar a convertirse en un problema social de primera magnitud.

En efecto, debido fundamentalmente al retraso en la edad de procrear de la mujer y a la disminución que se viene apreciando en la calidad del semen en los hombres (menor concentración de espermatozoides, menor porcentaje de movilidad y mayor porcentaje de morfología anómala), no es extraño que se contemple un futuro en el que el proceso de reproducción humana pase cada vez más por la ayuda de procedimientos de reproducción asistida: Fertilización In Vitro (FIV), Donación de espermatozoides, óvulos o embriones, etc.

Este fenómeno cobra trascendencia y revela su magnitud cuando el nivel de análisis desciende desde unos datos sociológicos generales (los humanos tienen cada vez mayores problemas para lograr la procreación por los procedimientos naturales, llegando en una porción cada vez mayor a no alcanzarla), a los datos concretos. En España, según los datos ofrecidos por Coroleu (presidente de la Sociedad Española de Fertilidad), en torno a 800.000 parejas tienen problemas para tener hijos y 30.000 parejas se someten anualmente a tratamientos de reproducción asistida, de las cuales nacen 7.000 niños ("Cada año nacen 7.000 niños", 2007).

Sin embargo, sólo podemos entender la dimensión exacta de este fenómeno cuando bajamos a un análisis psicológico de lo que significa la infertilidad para las personas que se encuentran en esa situación y se ponen de relieve las vivencias concretas que se experimentan al atravesar ese largo proceso.

Ha de notarse que cuando intentamos profundizar en el conocimiento psicológico de la infertilidad nos encontramos con un sesgo serio: la inmensa mayoría de los datos con que se cuenta provienen de estudios realizados sobre personas que, encontrándose con problemas para tener hijos, se han acercado a un Centro Sanitario relacionado con la reproducción humana. Teniendo presente que la estimación sobre el porcentaje de las personas que solicitan ayuda cuando tienen dificultades para procrear varía ampliamente según los países (van Balen, Verdurmen y Ketting, 1997), no se deben tomar estos datos como representativos del colectivo de parejas in-

Correspondencia: Luis María Llavona Uribelarrea. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223-Pozuelo de Alarcón (Madrid). España. E-mail:* lmllavon@psi.ucm.es

fértiles en general, sino representativos de las parejas que siendo infértiles demandan ayuda. Por otra parte, debe reconocerse la dificultad de acceder al colectivo de parejas infértiles existentes en la población general, considerando que en muchos casos se desconoce por parte de la pareja esta situación, y en otros se cubre con un velo de silencio.

Existen ya numerosas publicaciones que abordan por extenso los múltiples aspectos psicológicos implicados en la infertilidad y la reproducción asistida (Daniluk, 2001; Gerrity, 2001; Guerra, 1998; Leiblum, 1997; Llavona y Mora, 2003; Mora, 2005; Moreno et al., 2007; Moreno-Rosset, 2000a; Wirtberg, Möller, Hogström, Tronsstad, y Lalos, 2007). Por ello, en este trabajo nos vamos a limitar a analizar el concepto de infertilidad y a revisar la evolución seguida en la investigación de las repercusiones psicológicas. Además, se marcarán algunas diferencias entre el impacto que produce la infertilidad en los países desarrollados occidentales y en países en desarrollo.

UN PROBLEMA ATÍPICO

La infertilidad, en cuanto incapacidad para concebir después de un año de mantener relaciones sexuales regulares no protegidas (WHO, 1993), resulta ser un *problema clínico* muy particular (U.S. Congreso, 1988). Por una parte, desde un punto de vista físico, la inmensa mayoría de las personas que tienen este problema no presentan ninguna repercusión física negativa: no muestran síntomas específicos, no padecen ningún dolor, malestar, ni impedimento físico; ni corren riesgo de presentar otros trastornos físicos derivados de este problema. Así, muchas personas que son infértiles, pueden pasar gran parte de su vida, o toda ella, desconociendo si son “fértiles” o “infértiles”, y disfrutando de una vida plena, ya vivan solas o en pareja.

El “problema biológico de la infertilidad” sólo se evidencia cuando se somete a prueba la función reproductora en condiciones adecuadas y fracasa. De este modo, aparece una disfunción biológica en relación con la reproducción, cuya consideración no se limita a la estricta problemática anatómico-fisiológica presente en cada caso, sino que puede trascender hacia el nivel de la procreación-paternidad. Por tanto, una vez descubierta esa disfunción orgánica puede permanecer como tal, sin incidir en la calidad de vida de la persona; puede pasar a ser un problema más de entre los diversos tipos de trastornos biológico-médico con que han de enfrentarse las

consultas obstétricas y ginecológicas, o convertirse en un “problema personal”.

El factor general que determinará que ocurra alguna de estas posibilidades es el deseo de tener un hijo, y más concretamente ha de ser el *deseo de tener un hijo biológico*. Sin la intervención de esta variable, al menos en un nivel medio-elevado, no es probable que una persona ni siquiera inicie un tratamiento de reproducción asistida, ni se convierta esa disfunción biológica en un problema personal. Así, los determinantes biológicos sólo alcanzan la cualidad de problema cuando, y en cuanto, suponen una frustración de la aspiración de procrear (Llavona y Mora, 2002). Por esto, en las Guidelines for Counselling in Infertility de la ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), cuando se abordan las características específicas de las consultas de infertilidad, se afirma que “el foco central de la consulta es un deseo no cumplido o una meta de la vida” (Kentenich, 2002, p. 1).

Dando una vuelta de tuerca más, el “problema clínico” resulta ser todavía más atípico si se tiene en cuenta que en la mayoría de los casos están implicadas dos personas y que, independientemente de en quién resida la disfuncionalidad orgánica (en uno de los dos o en ambos), la situación de infertilidad se extenderá a la pareja, dando lugar a “parejas infértiles”. Por tanto el problema de la infertilidad pasa a sustanciarse como un problema de “*parejas con incapacidad de procrear*”, o como “*parejas con frustración de un deseo importante o meta de la vida*”.

CRISIS VITAL

Un punto en el que parece haber gran consenso entre los estudiosos del impacto psicológico de la infertilidad es que el descubrimiento de la infertilidad supone una *crisis importante en la vida* de las personas implicadas (van Balen y Trimbos-Kemper, 1993). Cuando alguien quiere tener un hijo, el que se haga patente la incapacidad de lograrlo por el “procedimiento natural” que la humanidad ha seguido a lo largo de su existencia, en el momento de la vida que uno quiere, ha de producir sin duda una sorpresa y una cierta frustración. La sorpresa proviene de estar ante una *situación inesperada*, puesto que existe en los humanos la creencia arraigada de que “la procreación es un proceso voluntario”, que cualquier persona puede alcanzar con la sola condición de realizar frecuentes interacciones coitales. Además, esta creencia se ha de ver fortalecida indirectamente por el hecho de que las sociedades desarrollan ingentes esfuerzos en relación con el control de los embarazos no dese-

ados, que deja la idea latente de que el embarazo ocurrirá si no se ponen medios que lo impidan. En la población general, excepto pacientes con determinadas dolencias previas relacionadas con la reproducción, no se anticipa de uno mismo la condición de infértil; *la capacidad de procrear se presupone*.

A su vez, la constatación del fracaso en tener un hijo no sólo ha de provocar una *frustración por el no cumplimiento del deseo y las expectativas de paternidad*, sino que también supone una alteración, al menos temporal, del plan de vida que se tenía trazado, y de alguna manera supone un desafío a ese proyecto de vida. Esta frustración por la *alteración del plan de vida* habrá de ser más importante en dos tipos opuestos de plan de vida: el que tenía programado la paternidad en edad joven (tener hijos cuando se tiene vitalidad, para dedicarles los mejores años de uno mismo), y el que programaba la paternidad como culminación de un desarrollo personal (tener hijos cuando se alcanza una madurez personal y profesional). En ambos casos, el factor tiempo será una variable que pondrá en serio riesgo el logro del objetivo del plan de vida.

Por todas estas cuestiones, parece natural que quienes se ven sorprendidos por la situación de infertilidad se encuentren confundidos y experimenten, al menos, una sensación de *desconcierto*, puesto que han de asimilar todo lo que les está ocurriendo y posicionarse ante las nuevas y distintas condiciones de su situación. Este proceso *obliga a un replanteamiento del plan de vida y a una toma de decisiones importantes sobre el mismo*: seguir intentándolo por sus propios medios, renunciar a tener hijos, intentar la ayuda de la reproducción asistida, adoptar, acoger...

Ahora bien, esta crisis, que se puede valorar como importante en la vida de una persona, en cuanto que le enfrenta consigo mismo al replantearse valores y decisiones vitales que no siempre habían estado explicados anteriormente, no tendrá por qué convertirse necesariamente en una crisis vital grave. Si bien autores como Menning (1980), Forrest y Gilbert (1992) y Lalos (1999) informan que muchos individuos infértiles sufren una crisis existencial crónica, cabe suponer que el elemento mantenedor de esta crisis será la *frustración continuada de un alto deseo de paternidad biológica*.

Un dato nuevo, que sólo ha podido aparecer gracias a la realización de estudios longitudinales sobre los tratamientos de reproducción asistida que han terminado en fracaso, es que las personas que experimentan esta crisis

crónica por "no tener hijos" no sólo la ven reavivada a lo largo de su ciclo vital con algunos sucesos de su vida que les trae a primer plano la "ausencia de paternidad" (Carter y McGoldrick, 1999), sino que de modo específico cobra fuerza cuando estos individuos llegan a la etapa en la que esperarían "ser abuelos" (Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad y Lalos, 2007). Así, se puede reproducir el proceso y comenzar otra vez de nuevo el fenómeno en forma de *frustración por no tener nietos* ("grandchildlessness", Wirtberg et al., 2007).

DEVALUACIÓN DEL AUTOCONCEPTO

Una posición de la que se debe partir a la hora de analizar el deseo de paternidad biológica es el hecho de que está, en gran medida, condicionado por los altos valores asociados a la procreación, una de las aspiraciones consideradas todavía básicas por la mayoría de los humanos (Ireland, 1993). Cuando se toma la "potencia para procrear" como referente de la virilidad-masculinidad o la femineidad, la incapacidad para tener hijos "por uno mismo" pondrá en cuestión la *identidad personal*, pudiendo sembrar dudas sobre "el grado de hombre o mujer" que uno es (Carmeli y Birenbaum-Carmeli, 1994; Deveraux y Hammerman, 1998; Williams, 1997). Este cuestionamiento sobre la identidad personal, puede llegar a modificar el concepto que se tenía sobre uno mismo hasta ese momento, devaluándolo, y convertirse en el responsable de desencadenar en las personas con problemas de infertilidad *pensamientos de desvalorización personal*.

Así, numerosos estudios encontraron que en las parejas que acudían a Centros de reproducción asistida estaban presentes diversos tipos de *autovaloraciones negativas*:

- ✓ *Baja autoestima* y sentimientos de inferioridad (Abbey, Andrews y Halman, 1992; Bromham, Bryce y Balmer, 1989; Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard y Verres, 2001).
- ✓ *Baja confianza en sí mismos y bajo amor propio* (Menning, 1977, 1980).
- ✓ *Pobre autoimagen* (Abbey, Andrews y Halman, 1994; Miall, 1994).
- ✓ *Valoración de sí mismos como incompletos o con algún defecto* (Edelmann, Humphrey y Owens, 1994; Möller y Fällström, 1991).
- ✓ *Valoración de sí mismos como poco atractivos y dignos de consideración por los otros* (Oddens, den Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1999; Valentine, 1986).

✓ *Cuestionamiento de la capacidad para desenvolverse como padres y para mantener una relación de pareja* (Greil, Leitko y Porter, 1988).

Ha de tenerse presente que el valor positivo de la concepción por los propios medios es de tal magnitud que algunas personas mantienen estas valoraciones negativas sobre sí mismos incluso cuando han logrado la paternidad mediante reproducción asistida (Hjelmstedt, 2003). Quizá puedan explicarse estos datos por la consideración, todavía válida, realizada por Whiteford y Gonzalez (1995) respecto a que “el deseo de tener un niño, que está moldeado culturalmente, parece ser extremadamente fuerte, de modo que trasciende al sexo, a la edad, a la raza, a la religión, a la etnicidad y a la división en clases sociales” (citado por Hjelmstedt, 2003, p.7).

En cualquier caso, no debe pasarse por alto la estrecha relación existente entre las creencias y valores individuales y las creencias y valores imperantes en las diversas sociedades, de tal modo que en las sociedades en las que la demanda de paternidad es alta debido a necesidades sociales, económicas y religiosas, el no tener hijos acarreará consecuencias psicosociales muy negativas (Dyer, Abrahams, Mokoena, Lombard y van der Spuy, 2005).

EVOLUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA SOBRE EL IMPACTO EN LA INFERTILIDAD

En las *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida*, del Grupo de Interés en Psicología de la SEF (Sociedad Española de Fertilidad), al analizar los procesos emocionales que se encuentran en estos pacientes informan que: “No es por tanto raro que, por lo general, encontremos expresiones emocionales de: aislamiento social y personal, culpa y culpabilización, ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja” (Moreno y Guerra, 2007, p. 12). En efecto, el dato de que los pacientes, que acuden a consulta tras intentar infructuosamente ser padres, especialmente en el caso de las mujeres, presentan este tipo de problemas no ha de resultar extraño desde el conocimiento psicológico, pues todos ellos son funcionamientos que parecen encajar adecuadamente en procesos explicados por diversas teorías psicológicas fácilmente identificables.

Numerosos profesionales interesados en este campo han estado ofreciendo pruebas de esta realidad desde los años 80, a través de descripción de casos y de estudios descriptivos y empíricos (Ávila, 1993; Benazon,

Wright, y Sabourin, S., 1992; Boivin y Takefman, 1996; Greil, 1997; Link y Darling, 1986; Menning, 1980; Mora, 2005; Moreno-Rosset, 2000b, Wirtberg et al., 2007).

Sin embargo, en la década de los 90 aparecieron una serie de revisiones de este tipo de estudios que cuestionaron esta “visión oficial del problema psicológico de la infertilidad”: la infertilidad implica una crisis vital importante que desencadenará alteraciones psicológicas significativas.

En primer lugar, se plantearon serias *objeciones metodológicas*, basándose en que la mayoría de las investigaciones de las que se había obtenido esa información eran exploratorias, tendían a utilizar instrumentos elaborados por los propios investigadores (en lugar de instrumentos estandarizados), la muestra era sesgada porque estaba compuesta fundamentalmente por las mujeres que buscaban ayuda, les faltaban grupos de control o comparación de grupos, y el número de sujetos era pequeño (Burns y Covington, 1999; Dunkel-Schetter y Stanton, 1991).

Además, se alegó que cuando se tenían en cuenta solamente las investigaciones que empleaban una muestra representativa y medidas estandarizadas, las investigaciones empíricas demostraban que las mujeres infértiles en general no diferían significativamente en los aspectos emocionales del grupo control o de los grupos normativos, aunque había evidencia de efectos negativos en unos pocos estudios (Dunkel-Schetter y Lobel, 1991). Por otra parte, como señalan Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard, y Verres (2001), varios estudios sistemáticos que habían utilizado grupos de control o grupos de comparación no encontraron psicopatología significativa en la población de parejas infértiles (Leiblum y Greenfield, 1997; Morrow, Thoreson y Penny, 1995; Wright, Allard, Lecours, y Sabourin, 1989).

Más recientemente, Verhaak y colaboradores, como conclusión de su revisión sobre 25 años de investigación en los aspectos psicológicos de la FIV, dictaminan:

“Aparte de las diferencias individuales... no ha producido evidencia que demuestre que haya consecuencias emocionales negativas significativas para los fracasos en los tratamientos. La mayoría de las mujeres parecen ser capaces de tratar de modo efectivo con la carga de los ciclos sucesivos. La mayor parte de las mujeres parecen estar bien ajustadas, aún con un tratamiento sin éxito; pero no obstante, un número considerable

desarrolla problemas emocionales clínicos relevantes como resultado de FIV no efectiva" (Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat, y Braat, 2007, p.33).

Esta conclusión parece volver a centrar el problema en su justa medida: No se puede afirmar, de modo general, que la mayor parte de las personas con problemas de infertilidad presenten alteraciones psicológicas (en sí mismas o en relación con las diversas intervenciones de Reproducción Asistida), pero parece constatar que una parte de ellos sí tiene problemas, como se describe en Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila en este mismo número).

A través de *investigaciones controladas* han ido apareciendo datos que van confirmando el *tipo de problema* y la *magnitud*. En esta dirección destacan los resultados de la investigación de Oddens et al. (1999) realizada sobre una muestra de 281 mujeres que esperaban para recibir tratamientos de reproducción asistida, en tres países distintos (Bélgica, Holanda y Francia), que fue comparada con otras 289 de características similares, pero sin problemas de fertilidad (grupo control). Aparecieron diferencias significativas entre los dos grupos en los siguientes aspectos, con la prevalencia que se indica para el grupo que se investigaba:

- 1) *Sentimientos negativos y autovaloraciones negativas* (sentirse inadecuado (44,8%), deprimido (77,9%), dañado (84,4%), culpable (37,4%), aislado (50,5%), con ira (73,3%), avergonzado (37,2%), perturbado (77,0%).)
- 2) *Relaciones de pareja* (apoyo del compañero (92,9%), compañero alterado (37,5%), mal compañero (67,7%), menor satisfacción con la relación (8,7%), relación menos estrecha (4,5%).)
- 3) *Sexualidad* (menor interés sexual (31,5%), menor satisfacción sexual (20,6%), menor placer sexual (25,7%), menor espontaneidad en el sexo (48,1%), menor frecuencia coital (22,3%).)

Además, se encontraron también diferencias significativas en el *estado de ánimo deprimido*, en la *capacidad de concentración y memoria*, en *ansiedad/miedos* y en la *atractividad*. Una de cada cuatro pacientes (24,9%) presentaba *trastornos depresivos* frente a sólo el 6,8% de los controles.

Cabe señalar que diversas investigaciones, con *grupos de control*, sí han venido encontrando de modo sistemático *diferencias significativas en las mujeres* con problemas para tener hijos, fundamentalmente en medidas de

ansiedad y de *comportamientos depresivos*, en alguna de las distintas fases de la reproducción asistida (como muestra se pueden consultar: Castro, Borrás, Pérez-Pareja y Palmer, 2001; Dyer et al, 2005; Moreno-Rosset y Martin, 2008; Verhaak et al. 2007; Wischman et al. 2001).

Finalmente, ha de tenerse presente que, parafraseando a Wischmann et al. (2001, p.1760), *aunque las investigaciones están definitivamente a favor de la "despatologización" de la infertilidad, parece haber un "subgrupo" de parejas con serios problemas psicológicos que necesita una especial ayuda psicológica.*

Una orientación sobre la configuración de este subgrupo, cuya magnitud Boivin estima en un 20% del total, se puede encontrar atendiendo a los *factores de riesgo* que este autor señala en las ya mencionadas *Guidelines for Counselling in Infertility (ESHRE)*:

- 1) *Personal* (psicopatología pre-existente, infertilidad primaria, ser mujer, considerar la paternidad como un objetivo central de la vida de un adulto, y utilizar estrategias de evitación para hacer frente al problema).
- 2) *Situacional o social* (pobre relación matrimonial, red social empobrecida, y situaciones o personas que recuerdan la infertilidad).
- 3) *Relacionado con el tratamiento* (efectos secundarios asociados con la medicación, situaciones que amenazan el objetivo del embarazo, y los momentos de tomar decisiones). (Boivin, 2002, pp.9-10)

REPERCUSIONES SOCIALES

La mayor parte de las investigaciones que han intentado conocer las repercusiones de la infertilidad en la vida de las personas, a lo largo de los últimos cuarenta años, se han llevado a cabo en países desarrollados occidentales, puesto que en ellos se disponía de recursos para hacerlo, y han estado centrados en descubrir el impacto que supone para el "bienestar psicológico". Sin embargo, no debe olvidarse que las repercusiones de la infertilidad en la vida de las personas *no son las mismas en los países desarrollados occidentales*, en los que el bienestar económico-social está básicamente asegurado y no guarda relación directa con la paternidad biológica, *que en otros países en vías de desarrollo*, o desarrollados pero en los que todavía persiste una concepción de la sociedades donde las estructuras familiares siguen manteniendo el entramado social-económico por encima de cualquier otra estructura social.

Como señalan Dyer y colaboradores, en el mundo en desarrollo, la infertilidad produce "inestabilidad matrimonial, divorcio, pérdida de estatus social, abuso, pobreza y estigmatización ... y aunque los hombres no son inmunes al sufrimiento asociado a la infertilidad, las mujeres llevan la carga principal, son culpadas por la no concepción y son más vulnerables a las consecuencias negativas sociales y económicas" (Dyer et al, 2005, p.1938).

Varios estudios llevados a cabo en China y Taiwan, además de resaltar que los problemas que experimenta son similares a los occidentales, e indicar que el no tener hijos presenta un impacto mayor tanto en las áreas rurales como en las personas con un nivel de educación más bajo, coinciden en resaltar que la principal diferencia con occidente reside en la distorsión de la relación con los "suegros", por el papel tan importante que estos juegan en la sociedad china (Lee y Sun, 2000, Lee, Sun, y Chao, 2001).

A su vez, Hjelmstedt (2003) no sólo llama la atención sobre la preocupación que en muchas mujeres musulmanas provoca esta situación, por la posibilidad de tomar una segunda esposa, sino que informa que alrededor del 40% de las mujeres con infertilidad secundaria de Nigeria eran consideradas "brujas" en las causas de divorcio o nueva unión de sus parejas. También recuerda que no deben olvidarse las consecuencias tan devastadoras que tiene este problema en las sociedades donde la existencia de niños supone la supervivencia de los mayores.

Una muestra de los estudios sobre población de Turkía, Sudáfrica, Kuwait, Bangladesh y Mozambique, que reflejan ampliamente esta problemática, puede consultarse en Ozcon y Baysac (2006), Dyer et al (2005), Fido y Zahid (2004), Papreen, Sharma, Sabin, Begum, Ahsan, y Baqui, (2000), Gerrits (1997) y van Balen y Gerrits (2001)

CONCLUSIONES

La información que se ha venido analizado sobre las distintas repercusiones psicológicas pone de relieve la necesidad de la actuación del psicólogo en este campo de atención a las parejas con problemas de infertilidad, y especialmente la intervención con el subgrupo problemático. Además, permite orientarla hacia unos *objetivos de intervención preferentes* (veáanse los trabajos de Ávila y Moreno-Rosset, y Flores, Jenaro y Moreno-Rosset en este mismo número):

- 1) Reestructuración de los valores de la paternidad biológica, del autoconcepto y las secuelas del proceso de autodevaluación.
- 2) Intervención para el manejo y prevención de la ansiedad, los comportamientos depresivos y la culpabilización, normalización de la sexualidad, y el aislamiento social.
- 3) Fortalecimiento de la relación de pareja, en relación con la comunicación directa, la toma de decisiones, el apoyo emocional y la relación sexual.
- 4) Preparación para las intervenciones médicas a las que han de hacer frente y sus consecuencias (tanto durante el proceso de intervención como para el fracaso), y para una relación asertiva con los profesionales de la salud integrantes de los equipos de atención en el proceso de reproducción asistida.

Debe tenerse en cuenta que entre los objetivos de la intervención psicológica no se considera la "satisfacción del deseo de tener un hijo biológico" porque entre la tecnología de los psicólogos no se encuentra ningún instrumento ni estrategia que lleve directamente a un aumento de la probabilidad de concebir. Hasta el momento presente, no está claramente demostrado ni que la variable ansiedad sea determinante para el resultado de la intervención reproductiva (Anderheim, Holter, Bergh and Möller, 2005; Mumford, 2004), ni que los programas de intervención psicológica logren aumentar significativamente las tasas de concepción (Boivin, 2003, Guerra, 2007).

Afortunadamente, desde la *Psicología de la Reproducción* (Moreno-Rosset, 2004; Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008) ya se dispone de estrategias y programas de intervención que, en mayor o menor medida, abordan los objetivos preferentes señalados y que suponen un gran avance en la ayuda para restablecer el bienestar psicológico a las parejas con problemas de infertilidad que lo necesitan (Domar, Clapp, Slawsby, Kessel, Orav, y Freizinger, 2000; Gutiérrez, 2007; Llavona y Mora, 2003; Moreno-Rosset, 2005; Tuschen-Caffier, Florin, Krausee y Pook, 1999).

Finalmente, ha de tenerse en cuenta que si se quiere enfrentar el problema de la infertilidad en los países en desarrollo deben diseñarse, además, programas que incluyan recursos en nivel de comunidad e intervenciones basadas en la comunidad para que se puedan desmitificar las causas de la infertilidad y dar a conocer por qué se produce y cómo se puede tratar mejor (Papreen et al, 2000).

REFERENCIAS

- Abbey, A., Andrews, F.M. y 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.
- Abbey, A., Andrews, F.M. y Halman, L.J. (1994). Psychosocial predictors of life quality. How are they affected by infertility, gender, and parenthood?. *Journal of Family Issues*, 15, 253-271.
- Anderheim, L., Holter, H. Bergh, C. y Möller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of *in vitro* fertilization?. *Human Reproduction*, 20, (10) 2969-2975.
- Ávila, A. (1993). Estrés y procesos psicológicos en la infertilidad humana. En J. Buendía (Ed.), *Estrés y psicopatología* (pp.181-200). Madrid: Pirámide.
- Benazon, N., Wright, J., y Sabourin, S. (1992). Stress, sexual satisfaction, and marital adjustment in infertile couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, 273-284
- Boivin, J. (2002). Who is likely to need counselling?. *ESHRE Monographs: Guidelines for Counselling in Infertility*, 2002 (1) 9-10.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science Medicine*, 57, 2325-2341.
- Boivin, J. y Takefman, J.E. (1996). Impact of the *in-vitro* fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Human Reproduction*, 11, 903-907.
- Bromham, D.R., Bryce, F.C. y Balmer, B. (1989). Psychometric evaluation of infertile couples (preliminary findings). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 7, 195-202.
- Burns, L.H. y Covington, S.H. (1999). Psychology of Infertility. En L.H. Burns y S.H. Covington (Eds.), *Infertility Counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians* (pp. 3-25). New Cork: Parthenon.
- Cada año nacen 7000 niños por técnicas de reproducción asistida en España. (2007, 29 de marzo). *El País*, p. 30.
- Carmeli, Y.S. y Birenbaum-Carmeli, D. (1994). The predicament of masculinity: Towards understanding the experience of infertility treatments. *Sex Roles*, 30, 663-677.
- Carter, B. y McGoldrick, M. (1999). *The expanded Family Life Cycle. Individual, Family and Social Perspectives*. Needham: Allyn and Bacon.
- Castro, C., Borrás, C., Pérez-Pareja, J. y Palmer, A. (2001). Respuestas emocionales en mujeres que se encuentran en tratamiento de reproducción asistida. *Ansidad y Estrés*, 7 (2-3) 283-291.
- Daniluk, J. (2001). If we had it do over again... Couples reflections on their experiences of infertility treatments. *Family Journal: counseling and Therapy for Couples and Families*, 9, 122-133.
- Deveraux, L.L y Hammerman, A.J. (1998). *Infertility and Identity*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Domar, A., Clapp, D. Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J. y Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19, 568-575.
- Dunkel-Schetter, C. Y Lobel, M. (1991) Psychological reactions to infertility. En Stanton, A.L. y Dunkel-Schetter, C. (Eds.), *Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research* (pp.29-57). New York: Plenum Press.
- Dunkel-Schetter, Ch. y Stanton, A.L. (1991). Psychological adjustment to infertility: future directions in research and application. En A.L. Stanton y Ch. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility. Perspectives from Stress and Coping Research* (pp.197-222). New York: Plenum.
- Dyer, S.J., Abrahams, N., Mokoena, N.E., Lombard, C.J. y van der Spuy, Z.M. (2005). Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Human Reproduction*, 20 (7), 1938-1943.
- Edelmann, R.J., Humphrey, M. y Owens, D. (1994). The meaning of parenthood and couples, reactions to male infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 291-299.
- Fido, A. y Zahid, M.A. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 50 (4) 294-300.
- Forrest, L. y Gilbert, M.S. (1992). Infertility: An unanticipated and prolonged life crisis. *Journal of Mental Health Counseling*, 14, 42-58.
- Gerrits, T. (1997). Social and cultural aspects of infertility in Mozambique. *Patient Education and Counseling*, 31, 39-48.
- Gerrity, D. (2001). A biopsychosocial theory of infertility. *Family Journal*, 9 (2), 151-158.
- Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45, 1679-1704.
- Greil, A.L., Leitko, T.A. y Porter, K.L. (1988). Infertility: his and hers. *Gender and Society*, 2, 172-199.

- Guerra, D. (1998). *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona: Planeta.
- Guerra, D. (2007). Por qué unas guías de consejo, apoyo e intervención psicológica al paciente en medicina reproductiva asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, Número monográfico. 3-9.
- Gutiérrez, K. (2007). Intervención Psicológica grupal en Reproducción Humana Asistida. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, Número monográfico. 47-54.
- Hjelmstedt, A. (2003). *In Vitro Fertilization – Emotional reactions to treatment, pregnancy and parenthood*. Stockholm: Carolinska University Press.
- Ireland, M.S. (1993). *Reconceiving women: separating motherhood from female identity*. New York: Guilford.
- Kentenich, H. (2002). Introduction. *ESHRE Monographs: Guidelines for Counselling in Infertility*, 2002 (1) 1-3.
- Lalos, A. (1999). Breaking bad news concerning fertility. *Human Reproduction*, 14 (3), 581-585.
- Lee, T.Y., y Sun, G.H. (2000). Psychosocial response of Chinese infertile husbands and wives. *Archives of Andrology*, 45 (3), 143-8.
- Lee, T.Y., Sun, G.H. y 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.
- Leiblum, S. (Ed.) (1997). *Infertility. Psychological issues and counseling strategies*. New York: John Wiley & Sons.
- Leiblum, S.R. y Greenfield, D.A. (1997). The course of infertility: immediate and long-term reactions. En S. Leiblum (Ed.), *Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies* (pp. 83-102). New York: John Wiley & Sons.
- Llavona L. y Mora, R. (2002). La infertilidad: algo más que un problema biológico. *Jano*, 63, (1453), 90-93.
- Llavona, L. y Mora, R. (2003). Atención psicológica a las parejas infértiles en tratamiento de reproducción asistida. En J.M. Ortigosa; M.J. Quiles y F.X. Méndez (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia* (287-304). Madrid: Pirámide.
- Link, P.W. y Darling, C.A. (1986). Couples undergoing treatment for infertility: Dimensions of life satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12, 46-59.
- Menning, B. E. (1977). *Infertility: A guide for the childless couple*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Menning, B.E. (1980) The emotional needs of infertile couples. *Fertility & Sterility*, 34, 313-319.
- Miall, C.E. (1994). Community constructs of involuntary childlessness: Sympathy, stigma, and social support. *Canadian Review of Sociology & Anthropology*, 31, 392-421.
- Möller, A. y Fällström, K. (1991). Psychological consequences of infertility: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 12, 27-44.
- Mora, R. (2005). *Análisis psicológico de las parejas con problemas de infertilidad*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense.
- Moreno, A., Guerra, D., Baccio, G., Jiménez, V., Dolz, P., Tirado, M. et al. (2007). Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, Número monográfico.
- 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, 11-17.
- Moreno-Rosset, C. (Dir.) (2000a). *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C. (2000b). Ansiedad y depresión: Principales trastornos asociados a la infertilidad. *Información Psicológica*, 73, 12-19.
- Moreno-Rosset, C. (2004). La Psicología de la Reproducción: Una Subdisciplina de la Psicología de la Salud. *ASEBIR. Asociación para el estudio de la biología de la reproducción*, 9 (2) 6-8.
- Moreno-Rosset C. (2005). Guía para la paciente. Apoyo Psicológico en Reproducción Asistida. *Proyecto I+D+I La infertilidad en la mujer: aspectos psicosociales y neurobiológicos*. Expte. 28/03. Madrid: Registro de la propiedad intelectual de la Guía (31 páginas): M-002424/2005. Registro de la propiedad intelectual del guión del CD de relajación (20 minutos): M-002420/2005, 2005.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C. y Gómez, Y. (2008). La Psicología de la Reproducción: la necesidad del psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud* (en prensa).
- Moreno-Rosset, C. y Martín, M.D. (2008). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés*, 14 (en prensa).

- Morrow, K.A., Thoreson, R.W. y Penny, L.L. (1995). Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 163-167.
- Mumford, K.R. (2004). *The Stress Response, Psychoeducational Interventions and Assisted Reproduction Technology Treatment Outcomes: A Meta-Analytic Review*. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy. University of South Florida.
- Oddens, B.J., den Tonkelaar, I. y Nieuwenhuysen, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems: a comparative survey. *Human Reproduction*, 14 (1) 255-261.
- Ozcon, M. y Baysac, B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 33 (1), 44-46.
- Papreen, N., Sharma, A. Sabin, K., Begum, L., Ahsan, S.K. y Baqui, A.H. (2000). Living with infertility: experiences among Urban slum populations in Bangladesh. *International Journal of Social Psychiatry*, 8 (15), 33-44.
- Tuschen-Caffier, C.B., Florin, I., Krause, W. y Pook, M. (1999). Cognitive-Behavioral Therapy for Idiopathic Infertile Couples. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 15-21.
- U.S. Congreso (1988). *Infertility: Medical and Social Choices*. Office of Technology Assessment: OTA-BA-358, Washington.
- Valentine, D.P. (1986). Psychological impact of infertility: Identifying issues and needs. *Social Work in Health Care*, 11, 61-69.
- van Balen, F. y Gerrits, T. (2001). Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. *Human Reproduction*, 16, 215-219.
- van Balen, F. y Trimbos-Kemper, T. (1993). Long-term infertile couples: a study of their well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 14, 53-60.
- van Balen, F., Verdurmen, J. y Ketting, E. (1997). Choices and motivations of infertile couples. *Patient Education and Counseling*, 31, 19-27.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M., Evers, A.W., Kremer, J.A., Kraaijmaat, F.W. y Braat, D.D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13 (1), 27-36.
- Whiteford, L.M. y Gonzalez, L. (1995). Stigma: The hidden burden of infertility. *Social Science Medicine*, 40, 27-36.
- WHO (1993). *Manual for standardized investigation and diagnosis of the infertile couple*. Melbourne: Cambridge University Press.
- Williams, M.E. (1997). Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychotherapy in Private Practice*, 16, 7-26.
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S-E. y Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22 (2), 598-604.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I. y Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the "Heidelberg Fertility Consultation Service". *Human Reproduction*, 16 (8), 1753-1761.
- Wright, J., Allard, M., Lecours, A. y Sabouring, St. (1989). Psychosocial distress and infertility: a review of controlled research. *International Journal of Fertility*, 34, 126-142.