

Psicología e Infertilidad

Rosario Domínguez V.

Psicóloga, [Unidad de Medicina Reproductiva](#)

[Departamento de Obstetricia y Ginecología](#), Clínica Las Condes

Resumen

Los estudios que abordan las relaciones entre psicología e infertilidad han preguntado cómo influyen los problemas psicológicos en la génesis de la infertilidad y han sustentado una relación causal entre conflictos psicológicos tempranos y la presencia de infertilidad en la vida adulta. La mayoría de estos estudios se han realizado en mujeres con infertilidad de causa desconocida o inexplicada y han dado lugar al diagnóstico de "Infertilidad Psicógena". Sin embargo, se han publicado revisiones críticas de estas investigaciones, las cuales concluyen que la metodología empleada no permite sacar conclusiones generalizables y caen en un sesgo de género. Por otro lado, en los años 70, a partir de los trabajos de Menning, se ha estudiado y descrito el impacto que tiene en la pareja la condición de infertilidad, la cual amenaza el proyecto de vida, altera el funcionamiento social, afecta la autoestima y la vida sexual de la pareja. En los años 80 se publicaron estudios que aplicaron las concepciones de estrés y estilos de enfrentamiento del estrés a la condición de infertilidad, que puede ser considerada una situación de estrés crónico. Estudios recientes sugieren que el estrés puede influir en la respuesta a los tratamientos de infertilidad. Newton y colaboradores han elaborado un "Inventario de Problemas Asociados a la Infertilidad", que permite caracterizar la respuesta de los individuos a la vez que evaluar en el tiempo esta respuesta y el efecto de las intervenciones psicológicas. Estudios recientes de Dommar y colaboradores demuestran el efecto positivo de intervenciones grupales en el logro de embarazo en mujeres con infertilidad de entre 12 y 24 meses de duración y ausencia de depresión moderada o severa. La explicación de estos hallazgos tiene que ver con la capacidad que tienen las personas de producir cambios en sus estilos de enfrentamiento del estrés que ha desencadenado la infertilidad como consecuencia del apoyo emocional y de nuevos aprendizajes. Los estudios sobre aspectos psicológicos relacionados con la infertilidad apoyan la necesidad de incorporar como parte de los tratamientos de infertilidad programas de consejería y apoyo psicológico para las parejas que sufren esta condición.

Introducción

La relación entre psicología e infertilidad es un tema controvertido que ha sido abordado de múltiples maneras. Sin embargo, hay cuatro preguntas centrales que están siempre presentes en las publicaciones referente al tema:

1. ¿Los problemas psicológicos producen infertilidad?
2. ¿La infertilidad produce problemas psicológicos?
3. ¿Cómo influye el estado psicológico de la mujer en la respuesta a los

tratamientos?

4. ¿Cuál es el rol de la atención psicológica en los programas de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad?

Los estudios que han intentado responder estas interrogantes han ido cambiando a la luz de la información que ha aportado la investigación en el área y las conclusiones que hoy pueden obtenerse son muy diferentes a las de hace una, tres o cinco décadas. Este artículo pretende revisar críticamente la literatura existente en relación al tema psicología e infertilidad.

Los conflictos psicológicos como causa de Infertilidad

En los años 50 y 60 se afirmaba que alrededor del 40% de los problemas de infertilidad eran atribuibles a causas psicológicas. En la revista *Fertility and Sterility* (1,2) aparecieron publicados numerosos artículos que relacionaban la esterilidad femenina con conflictos tempranos de la relación madre-hija. Varios estudios postularon que la experiencia de haber experimentado rechazo materno en etapas tempranas del desarrollo producía sentimientos de hostilidad asociados a la idea de la maternidad, dificultades de identificación con el rol maternal y, por lo tanto, un rechazo inconsciente al embarazo. Otros estudios analizaban la infertilidad como un cuadro psicossomático. Benedeck hablaba de "infertilidad funcional" siendo la dificultad para gestar un hijo una "defensa somática contra el estrés del embarazo y la maternidad" (3).

Las hipótesis sobre la génesis de la infertilidad en conflictos tempranos o rasgos neuróticos de personalidad continúa presente en estudios más recientes. Un ejemplo es el estudio de Christie en 1998 (4), que concluye que si bien la ambivalencia frente a la maternidad, es decir, la coexistencia de deseos positivos con temores u otros sentimientos negativos, es una experiencia generalizada en mujeres occidentales, el sentimiento de culpa asociado a esa ambivalencia genera conflicto en algunas mujeres. La culpa provendría del hecho que los sentimientos negativos (temor y rechazo) priman sobre los positivos. Este conflicto es difícil de ser tolerado conscientemente por la persona, razón por lo cual se reprime como una defensa psicológica. La persona desarrolla respuestas indirectas tales como la infertilidad, que se acompaña defensivamente de un deseo frenético y ansioso por concebir. De estos estudios deriva el concepto de infertilidad psicógena, que se refiere al rol causal de la psicopatología en la infertilidad.

Los avances de la medicina reproductiva para diagnosticar y tratar problemas de infertilidad disminuyeron la frecuencia del diagnóstico de infertilidad de causa desconocida y con ello se abordaron más críticamente las hipótesis psicogénicas. Actualmente la infertilidad de causa desconocida es menos del 5% de los casos. Al mismo tiempo, distintas revisiones de la literatura han planteado críticas metodológicas a los artículos que sustentan esas hipótesis (5). La revisión de dichos estudios concluye que la metodología empleada no permite extraer conclusiones generalizables. Esos estudios se han basado en la interpretación de material clínico, sin intentar una comparación con mujeres de fertilidad normal u otro tipo de control. A partir de un análisis crítico de esos estudios se podría hipotetizar que los conflictos psicológicos que en ellos se describen, asociándolos causalmente con la infertilidad, pueden estar presentes en la historia de sujetos fértiles e infértiles, sin embargo, en algunas mujeres pueden adquirir particular significación. Esto se debería justamente a la presencia del problema reproductivo, que hace a la persona más vulnerable a los temas de la maternidad y a los efectos de conflictos intrapsíquicos en ese ámbito.

Por otra parte, se ha criticado el sesgo de género de todos estos estudios, ya que son realizados en mujeres, desconociendo el hecho que en alrededor de 30 a 40% de los casos, la infertilidad de la pareja se origina en un factor masculino.

Consecuencias Psicológicas de la Infertilidad

Hacia fines de la década del 70, a partir de los trabajos de Merming (6), los estudios ponen mayor énfasis en describir e interpretar las consecuencias psicológicas de la

infertilidad. Se profundiza en la descripción de la experiencia emocional de las personas que sufren esta condición. Los estudios psicológicos de parejas infértiles permiten observar que esta condición constituye una amenaza al proyecto de vida de las personas, altera su funcionamiento social, puede afectar la autoestima y, con frecuencia, afecta la vida sexual de la pareja. Estos estudios también ponen en evidencia la diversidad de respuestas psicológicas a la infertilidad.

Como respuesta a las preguntas formuladas se puede ver una evolución desde la concepción que algunos autores denominan "el modelo psicogénico" a una concepción denominada la "secuela psicológica". En este enfoque, las consecuencias psicológicas de la infertilidad derivan de la crisis vital que las dificultades para concebir o las pérdidas reproductivas a repetición desencadenan y de los duelos que ello implica.

Se ha profundizado en las relaciones entre infertilidad, reacción de duelo y depresión. Algunos estudios apoyan la noción del impacto de la infertilidad en el funcionamiento psicológico de las personas, demostrando que la incidencia de depresión entre las mujeres infértiles duplica la observada en la población femenina general. Lo mismo ocurre en otras condiciones médicas crónicas (7). Algunos estudios postulan que, en muchos casos, la depresión no puede ser considerada solamente una etapa en la evolución del duelo por la infertilidad, sino que constituye un trastorno en sí mismo, asociado a condiciones biológicas y psicológicas que es preciso tratar y que eventualmente estaría contribuyendo a la infertilidad. Esta precisión es posible hacerla en base al diagnóstico clínico y tiene importantes implicancias para enfocar el apoyo psicológico.

El significado Psicológico de la Infertilidad y la respuesta de Estrés

Desde fines de los ochenta hasta el presente se han publicado numerosos estudios en que se aplica el enfoque del estrés y manejo del estrés a la condición de infertilidad. El estrés ha sido conceptualizado como un evento (circunstancia externa a la persona) o como una respuesta (perturbación de un estado de normalidad). Un tercer enfoque, aborda el estrés como el producto de una combinación de factores: el significado percibido de un evento y la percepción de los recursos personales de enfrentamiento de ese evento, al que se atribuye un determinado significado. Un mismo evento, entonces, puede tener distintos significados para distintas personas y puede resultar más o menos amenazante de acuerdo a dicho significado y a los recursos psicológicos que esa persona percibe en sí mismo para enfrentarlo (9). La infertilidad impactará en forma distinta a cada persona y en esa particularidad de la respuesta jugarán un rol factores tales como el género, la personalidad del sujeto, su historia personal previa y también los estilos personales de enfrentamiento a situaciones adversas ("*Coping Style*"). También jugará un rol el diagnóstico de infertilidad (factor femenino, masculino o infertilidad de causa desconocida) y el significado psicológico que la persona le atribuye a ese diagnóstico. La interacción de la pareja con su red de relaciones familiares y sociales, así como las creencias presentes en el entorno cultural influirán en la respuesta emocional a la experiencia de infertilidad. Finalmente, el acceso a un adecuado tratamiento también incide en la respuesta psicológica.

Se han estudiado los estilos personales de afrontamiento del estrés, intentando discriminar aquellos que preservan la salud mental y aquellos que, por el contrario, la ponen en riesgo. Siendo la infertilidad un evento en general adverso y estresante, algunas personas pueden afrontar más adecuadamente los sentimientos que produce mientras para otros puede ser una experiencia devastadora, desencadenando trastornos emocionales o un marcado aislamiento social.

Estudios recientes sugieren que el estrés puede influir en el resultado de los tratamientos de infertilidad (10,11). Esta evidencia ha llevado a estudiar y desarrollar instrumentos que describen y miden el estrés específico que desencadena la infertilidad. Este se describe como un estrés crónico, derivado de una condición persistente en el tiempo y que se percibe como amenaza a importantes "dominios" del desarrollo psicológico o de los roles sociales. En este contexto Newton y colaboradores (12) desarrollaron, en 1999, el "Inventario de Problemas asociados a Infertilidad". Este es una medida confiable del estrés percibido frente a la infertilidad compuesto por 5 escalas que evalúan los factores más vulnerados por esta condición: aspectos sociales, sexuales, de relación de pareja, de rechazo a la vida sin hijos y de necesidad de hijos.

Esta escala permite caracterizar y dimensionar la respuesta de cada individuo. La relevancia de este instrumento es facilitar una evaluación objetiva de la cualidad e intensidad de la respuesta emocional y orientar el trabajo psicológico. A la vez, permite evaluar el efecto de las actividades de apoyo psicológico.

Tanto el estudio de Newton como otros estudios anteriores señalan que la experiencia de infertilidad es más estresante para las mujeres que para los hombres. Al mismo tiempo, se observa el peso que tiene el diagnóstico respecto al nivel de estrés detectado en hombres y mujeres. Los estudios señalan que tanto hombres como mujeres perciben la infertilidad más estresante cuando se trata de un factor masculino. Probablemente, en estos casos se combinan varios factores: la infertilidad masculina tiene una connotación social más amenazante y estigmatizadora que afecta la autoestima del varón y a la vez, debido a su socialización, existe una mayor dificultad para expresar las emociones negativas que el diagnóstico produce. Por su parte, la mujer reacciona con una actitud protectora hacia su pareja, lo cual dificulta también en ella la expresión de sus emociones.

Los autores sugieren que el estrés en sí mismo es una respuesta normal. Es 'saludable', sentir estrés frente a una situación estresante. El estilo personal de enfrentar o convivir con el estrés es lo que permite comprender por qué en algunos casos la salud mental se altera y en otros no. Se han descrito diferentes estilos o formas de reacción, caracterizadas por el predominio de un tipo de comportamiento. Por ejemplo, estilo activo, paliativo, regresivo y el estilo de expresión abierta de emociones negativas. Estudios realizados con mujeres sugieren que los estilos activos (buscar activamente información y revisar críticamente atribuciones o pensamientos erróneos sobre la infertilidad) y los que buscan formas paliativas respecto a la ansiedad (búsqueda permanente de diversas formas de alivio de las emociones negativas) resultan ser más protectores y se correlacionan negativamente con la presencia de depresión. Respecto a la expresión abierta de emociones negativas, se ha observado en mujeres que este estilo no resulta protector cuando el diagnóstico es un factor femenino (las emociones son transformadas en culpa). Al contrario, este estilo sí resulta protector cuando se trata de un factor masculino, ya que opera como canalización de la rabia por la situación (10). Estos estudios muestran que los correlatos psicológicos de esta experiencia se revelan complejos y dinámicos, pues clínicamente se observa una y otra vez cómo, a lo largo del tiempo, la respuesta psicológica de una persona puede cambiar, producto de movilizar activamente recursos psicológicos más apropiados, superando estados de intensa ansiedad o depresión o, por el contrario, reiterando modos de enfrentamiento ineficaces. Es decir, los mecanismos de enfrentamiento son susceptibles de variación producto del aprendizaje, dando lugar a una más sana convivencia con la situación.

Recientemente Dommar y colaboradores (13) muestran el efecto positivo de intervenciones psicológicas grupales en la tasa de embarazo en mujeres con infertilidad de entre 12 y 24 meses, controlando la edad, la exposición a tratamiento, el tipo de tratamiento y la ausencia de depresión moderada o severa. La actividad de grupo está orientada a desarrollar formas de aliviar las emociones negativas a través de la comunicación y expresión de emociones entre pares (otras mujeres en la misma condición) y el uso de técnicas de relajación.

Por otra parte, clínicamente se puede observar que la respuesta de un miembro de la pareja influencia la respuesta emocional del otro. Por ejemplo, el desborde emocional de la mujer puede incentivar una reacción evitativa del hombre, la cual, a su vez, estimula una emocionalidad más intensa en la mujer al no encontrar sintonía afectiva con su pareja. Esto inhibe aún más la expresión de emociones en el hombre, revelándose un efecto circular sistémico en cuanto a los estilos de enfrentamiento del estrés en ambos.

La revisión de la literatura permite concluir que, si bien no se puede afirmar que los conflictos psicológicos o los problemas emocionales produzcan infertilidad, existen diversas formas de reaccionar a esta condición basada en el énfasis de uno u otro estilo personal de enfrentamiento del estrés, el cual se desarrolla a partir de las experiencias vitales del sujeto y sus características de personalidad. Estos estilos son susceptibles de cambio mediado por la exposición a experiencias que orienten esos cambios. El resultado es prevenir que las emociones negativas sostenidas en el tiempo

desencadenen una depresión u otro trastorno psicológico y eventualmente contribuir a una mejor respuesta al tratamiento. Si bien, el desarrollo de investigación controlada que aporte evidencia sobre los aspectos psicológicos asociados a la infertilidad y la respuesta a los tratamientos es muy complejo, por la gran cantidad de variables intervinientes, ya existe suficiente sustento a la necesidad de incorporar actividades de educación, consejería y apoyo psicológico en los programas de infertilidad y alguna claridad respecto al tipo de actividades a desarrollar. Una línea de investigación muy interesante en el presente apunta a demostrar que el apoyo psicológico contribuye efectivamente, no solo al bienestar psicológico de los pacientes sino a lograr mejores respuestas a los tratamientos.

La Educación y Apoyo Psicológico en la Infertilidad

Desde 1991 Inglaterra y Australia han establecido marcos de referencia para legislar sobre la incorporación mandatoria de programas de consejería en las clínicas de infertilidad (14,15). por otra parte, en Estados Unidos la American Society of Reproductive Medicine ha recomendado que la consejería en infertilidad esté disponible en todos los centros que ofrecen tecnologías de reproducción asistida (16). En Latinoamérica el apoyo psicosocial a parejas infértiles es aún una experiencia en desarrollo, que se encuentra mas o menos avanzada según el país y el centro que se tome como referencia.

La consejería en infertilidad puede ser definida como una disciplina que integra aspectos de la educación de adultos, la evaluación psicológica, la psicoterapia breve, la terapia sexual y de pareja. Requiere conocimiento acerca de la interacción entre los conocimientos psicológicos y médicos de la infertilidad y una reflexión permanente acerca de los aspectos éticos involucrados.

Las conclusiones de los estudios que se han mencionado, señalan que además de reforzar continuamente la educación de los pacientes sobre la naturaleza del problema y el tratamiento, el apoyo psicológico a las parejas infértiles debe incorporar al menos dos momentos:

- * Un primer momento de expresión y reconocimiento de la particular experiencia emocional que desencadena la infertilidad en cada miembro de la pareja y en su relación, a la luz de la biografía y las características personales y de la relación. Esto porque la experiencia emocional se relaciona con el particular significado psicológico que adquiere la infertilidad en cada caso, el cual, a su vez, es heredero de la historia personal. Este reconocimiento se amplía y complementa con el reconocimiento de las fortalezas y vulnerabilidades personales, de la relación de pareja y la red social que la experiencia de infertilidad pone de manifiesto.
- * Un segundo momento que busca reforzar esas fortalezas y ampliar o incorporar estilos personales efectivos de enfrentamiento del estrés. Las actividades a través de las cuales se realice este proceso pueden ser individuales, de pareja o grupales. La problemática demanda un enfoque terapéutico activo y flexible, con objetivos de corto plazo consensuados con la pareja.

Estudios realizados en Australia y en Inglaterra señalan que, si bien las parejas señalan en general su necesidad de consejería y apoyo psicológico, menos del 25% hacen uso de este tipo de servicios (17). Los estudios también han mostrado que aunque las parejas no busquen consejería se sienten seguros de saber que pueden acceder a ella si lo requieren (18,19). En otro estudio se constató que los pacientes más perturbados no eran los que con más frecuencia buscaban ser ayudados (20). Esto determina la necesidad de ser proactivos en estimular a las parejas a participar en actividades de educación y apoyo psicológico, incorporándolas como parte regular del tratamiento y enfatizando el valor preventivo de éstas.

Referencias

1. Rubenstein BB. Emotional factors in Infertility: A psychosomatic approach *Fertil Steril*. 1951; 2: 80-6.
2. Marsch EM. Possible Psychogenic aspects of infertility *Fertil Steril*. 1951; 2: 70-9.
3. Benedeck T. Infertility as a psychosomatic defense. *Fertil Steril*. 1952: 527-41.
4. Christie GI. Some sociocultural and psychological aspects of infertility *Hum Reprod* 1998; 13(1): 232-41.
5. Malstedt P. The psychological component of infertility. *Fertil Steril* 1985; 45: 335-46.
6. Menning BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril* 1980; 34: 313-9.
7. Domar AD, Zuttermeister PC & Freidman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 14:45-52.
8. Lapane LK, Zierler S, Lasatar TM, Stein M, Barbout MM & Hume AL Is a History of depressive symptoms associated with an increased risk of infertility in woman? *Psychosom Med* 1995; 57: 509-13.
9. Lepore SJ. Measurement of chronic stressors in infertility: perspectives from stress and coping research, Stanton AL & Dunkel-Schetter C, New York Plenum Press 1991: 102-19.
10. Demyttanaere K & Bonte L. Coping style and depression level influence outcome of in vitro fertilization. *Fertil Steril* 1998; 69: 1026-33.
11. Fachinetti F, Volpe A, Matteo ML, Guenazzani AR & Artini GP. An increased vulnerability to stress is associated with poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil Steril* 1997; 67: 309-14.
12. Newton CR. The Fertility Problem Inventory,: measuring infertility perceived stress. *Fertil Steril*. July 1999: 54-62.
13. Domar A, 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.
14. Fertility Society of Australia Reproductive Technology Accreditation Committee: Code of Practice, section B. Standards for Counseling Staff. 1992, 11.
15. Report of the King's Fund Centre Counseling Committee: Counseling for Regulated Infertility Treatment, London, King's Fund Centre 1991.
16. American Society for Reproductive Medicine: Guidelines for the Provision of Infertility Services, Birmingham AL, American Society for Reproductive Medicine, 1996.
17. Hernon M, Harris CP & Elstein M. Review of the organized support network for infertility patients in licensed units in the U.K. *Hum Reprod* 1995; 10: 960-4.
18. Freeman M. Emotional and psychological factors in follow up women after IVF-ET treatment. *Acte Obstet Gynecol Scan* 1985; 66: 517-21.
19. Mazure CM, Tafekman JE & Milki AA. Assististed reproductive technologies: Psychological implications for women and their partners. *J. Women's Health* 1992; 1: 275-81.

20. Boivin J, Scanlan LC & Walker SM. Why are infertile patients not using psychosocial counseling? *Hum Reprod* 1999; 14: 1384-91.