

APORTES PSICOLOGICOS PARA EL MANEJO DE LA PAREJA INFERTIL EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL

Nicolás Arturo Núñez Gómez, Psicólogo¹

El objetivo del presente texto, es: en primer lugar delinear un marco teórico de interpretación del problema de la pareja infértil y en segundo lugar, presentar la experiencia en la clínica de infertilidad del Instituto Materno Infantil de Bogotá en 1989. La metodología utilizada está basada en la perspectiva experimental que permite describir y manejar la problemática de dicho tipo de parejas.

La infertilidad se define según la OMS como la imposibilidad de concepción en una pareja, después de año y medio de convivencia mutua y relaciones sexuales continuadas sin realizar control natal. Se hace énfasis en este período de tiempo, ya que se ha encontrado que el

promedio que utiliza una pareja normal en lograr el embarazo es de un año.

Soules (1988) considera que en 1985 el 14,5% de las parejas a nivel mundial presentaban infertilidad. Sin embargo, afirma que dicho dato no es preciso debido al actual uso de la anticoncepción. En un estudio encontró que entre parejas fértiles e infértiles no hay diferencias en edad, educación y en general, variables culturales.

Es importante anotar que los datos anteriores pueden variar sensiblemente en grupos humanos sometidos a grandes depresiones alimentarias y socioculturales. Es por ello que el concepto tradicional de pobreza y alto número de hijos tiende a ser falso.

La fertilidad, tanto en hombres como en mujeres tiene una curva que se empieza a acelerar a los 17 años, llega a su máximo entre los 24

1. Mis más sinceros agradecimientos a la Dra. Astrid Triana por la revisión minuciosa del texto, al DR. Luis Flórez por su asesoría durante el trabajo en la clínica de infertilidad del Instituto Materno Infantil y a la Dra. Myriam Rodríguez por su trabajo como editora.

y los 32 años y empieza a disminuir sensiblemente desde los 37 años. En este lapso de tiempo, la infertilidad puede ser: primaria si nunca la mujer ha tenido un embarazo o secundaria si ya ha tenido hijos.

Se considera que en la etiología de la infertilidad, el 40% corresponde a condiciones del hombre y el porcentaje restante a la mujer. El mayor porcentaje de esta se debe a que ella, además de aportar su parte al proceso del embarazo tiene que soportar al embrión. Sin embargo, en sociedades machistas como la nuestra, se encuentra que se acepta a nivel genérico que la mujer siempre tiene la culpa de no lograr el embarazo. Esto se auna al concepto mágico religioso, donde se afirma que la mujer no se embaraza porque tiene que expiar una culpa.

La principal causa masculina de infertilidad se asocia con el bajo recuento o ausencia de espermatozoides; en este caso, según la OMS, su motilidad debe ser superior al 25%.

En contados casos se encuentra que después de una vasectomía se desea volver a tener hijos; sin embargo, la reversibilidad se dificulta por la generación de anticuerpos a los espermatozoides. Es importante aquí comentar que cuando este procedimiento se realiza se debe tener en cuenta el deseo manifiesto del paciente, la edad y el número de hijos, ya que se ha encontrado que con el paso del tiempo

po y la búsqueda de nueva pareja se revive el deseo de un nuevo hijo, lo cual también es válido para la mujer.

En el caso de la mujer, la principal causa de infertilidad son los problemas tuboperitoneales (74.1%), siguiéndole en su orden los ováricos (42.9%), uterinos (14.9%), cervicales (11.3), disfunciones sexuales (10.2%) y la endometriosis (8.1%) (Pacheco, C, Ruiz y Sánchez, J. 1987).

Para un adecuado manejo del problema de la infertilidad se recomienda la utilización de medidas preventivas que se orienten a la educación sobre el proceso reproductivo, las principales enfermedades y conducta de enfermarse que llevan a ella mediante la temprana identificación de la población de más alto riesgo (Soules 1988).

ETAPAS POR LAS CUALES PASA UNA PAREJA INFERTIL

A partir de la experiencia realizada en la clínica de infertilidad del Instituto Materno Infantil, se propone una conceptualización de cinco posibles etapas por las cuales podría pasar una pareja infertil en el período previo al tratamiento y durante este.

Dichas etapas son: 1) Presión social. 2) Manipulación afectiva. 3)

Disfunción sexual. 4) Búsqueda de ayuda y 5) Estados psicopatológicos alterados. Sin embargo, no todas las parejas pasan por todas las etapas y no son necesariamente secuenciales.

PRESION SOCIAL. Las parejas que sufren de infertilidad se ven sometidas a la presión social de sus iguales por el hecho de que pasados dos años no tienen hijos.

Esta presión se expresa por que la familia de la esposa empieza a presionarla bajo la presuposición de que ella está realizando control natal. Pero con el paso del tiempo la presión social de los iguales empieza a minar la confianza del hombre en su supuesta "hombría", lo cual genera disturbios en la vida de pareja.

La forma más típica de la presión social es a través de las ideas erróneas como: la pareja es feliz únicamente cuando tiene hijos", "Los hijos solucionan los problemas de la pareja", "Las actitudes incorrectas del esposo cambian con el nacimiento de un hijo" entre las más frecuentes. Lo más delicado de este asunto es que el grupo familiar empieza adoptar estos presupuestos.

MANIPULACION AFECTIVA. La relación de pareja se ve afectada a mediano plazo por la infertilidad; independientemente de que el hombre pueda ser responsable de este problema, él generalmente

culpa a la mujer de la no procreación y por ello no se siente responsable de la búsqueda de soluciones.

En algunos casos el problema de infertilidad sirve de sostén para que el hombre pueda mantener un romance público ya que socialmente la incapacidad de procreación lo justifica. En otros casos, los hombres juegan un chantaje con la esposa, y lo más típico es el consumo de licor, y la agresión física o verbal.

En forma general, los procesos de comunicación se van alterando; mediante la estructuración de rutinas centradas en distractores, como la radio, la televisión y, en otros casos más graves, se produce un decaimiento gradual de los intereses y motivaciones de cada miembro de la pareja.

DISFUNCION SEXUAL. Algunas parejas consideran que lo único motivante para la relación sexual es la procreación (Hudson, Pepperel and Wood 1982). Por ello, cuando esta no se da, se inicia una pérdida del deseo sexual la cual se manifiesta por una baja en la frecuencia de las relaciones y pérdida en la calidad de estas.

Esto última tiene posiblemente una doble fuente: primero, el desconocimiento de las características de la función sexual humana y segundo, una rutinización de dicha función. Es frecuente el reporte de do-

lores durante el período de coito, los cuales no son expresados verbalmente a su pareja, pero si son manejados mediante agresividad pasiva ó, somatizados.

BUSQUEDA DE AYUDA. Debido a las actitudes culturales, que consideran que la mujer es la responsable de la procreación, ella empieza a buscar diferentes alternativas y en general se somete a casi todas las alternativas que se le propongan. En su orden podrían ser: a) los consejos de las amigas, b) la consulta al médico y c) la ayuda mágico-religiosa. Generalmente el hombre evade cualquier tipo de tratamiento, hasta el punto de que difícilmente se realiza un espermograma.

ESTADO PSICOPATOLOGICOSALTERADOS. Los cuadros más típicos son el stress, ansiedad, depresión y alcoholismo. Se ha considerado que las alteraciones fundamentales de estos tres niveles pueden ser un factor predisponente o causal de la infertilidad; para probar esta hipótesis se ha realizado investigación básica en ratas, enfermeras en entrenamiento y deportistas.

Se ha discutido ampliamente la relación entre reacción emocional e infertilidad, (Severino, Anderson, Hutand Williams 1989) se considera que los cambios fisiológicos en el ciclo menstrual y el embarazo a nivel de esteroides gonadales (estrógenos y progesterona), mineralocorticoides (aldosterona, renina y angiotesterona), prolactina, neurotras-

misores, opiáceos endógenos, prostaglandinas entre otros, producen cambios comportamentales como los siguientes:

1- Estados emocionales alterados: ansiedad, irritabilidad, tensión, depresión 2-Molestias somáticas: aumento de peso, mastalgia, meteorismo, edema, migraña, aumento del apetito, palpitaciones, fatiga, constipación y 3- Cambios en el comportamiento: disminución del contacto social, hábitos de trabajo, líbido, y coordinación, tienen una gran incidencia en la posibilidad de lograr un embarazo.

Es importante hacer notar que actualmente no es clara la relación causal entre estos dos fenómenos. Se conoce por ejemplo que la vía neuro-endocrina del proceso reproductor es equivalente a la del estrés, y por ello, algunos autores aducen que altos niveles de depresión y estrés producen infertilidad (Paulson, Haarmann, Salero and Asmar 1988), pero también se ha encontrado que la infertilidad puede llegar a producir un mal ajuste emocional.

OBJETIVO DEL TRABAJO DE PSICOLOGIA EN LA CLINICA DE INFERTILIDAD

De acuerdo con el trabajo realizado en el Instituto Materno Infantil, en la clínica de infertilidad en el año de 1989, se han conceptualizado como objetivos de la intervención

psicológica los siguientes aspectos:

- 1- Determinar los principales problemas de la vida cotidiana a los cuales se enfrentan las parejas, que pasado un año de convivencia mutua, con relaciones sexuales constantes y sin planificar no logran el embarazo. Mediante una revisión de la bibliografía disponible se diseña un protocolo de atención de estos pacientes.
- 2- Determinar la psicopatología más común asociada a los problemas de infertilidad, mediante la aplicación de pruebas estandarizadas y entrevistas, para determinar un procedimiento homogéneo que permita el manejo interdisciplinario de estos problemas.
- 3- Diseñar y dictar una charla a los pacientes de la clínica de infertilidad, mediante el conocimiento de la problemática que afrontan estas parejas, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento.
- 4- Diseñar y manejar un programa de educación sexual para los pacientes de la clínica de infertilidad, teniendo en cuenta las necesidades específicas de este grupo y en especial, las

ideas erróneas asociadas con la vida sexual y la reproducción. Mediante charlas, videos y trabajo de grupo, se busca estabilizar la función erótica y contrarrestar los efectos del procedimiento de relaciones dirigidas, que aumentan la ansiedad de la pareja.

- 5.- Desarrollar programas estandarizados para el manejo de la comunicación en la pareja y el significado del hijo frente a la resolución de sus problemas, mediante charlas grupales con el fin de poder afrontar más económicamente el manejo del tratamiento y preparar a algunas parejas para la no concepción.
- 6- Realizar terapia de pareja o individual para manejar la psicopatología asociada a la infertilidad, utilizando los recursos del enfoque experimental.

A partir de los parámetros anteriores se construyó un proceso de atención que se ilustra en el cuadro siguiente. En él se discrimina la actividad y el objetivo.

PRINCIPALES ACTIVIDADES DE PSICOLOGIA
EN LA CLINICA DE INFERTILIDAD

ACTIVIDAD	OBJETIVO
CHARLA GRUPAL.	Recibir al nuevo grupo de parejas para darle información sobre el tratamiento a realizar. Manejar la adherencia al tratamiento.
PARTICIPACION EN LA CONSULTA MEDICA.	Conocer el diagnóstico y manejo médico. Escoger a las parejas que asistirán a consulta psicológica o a los talleres.
ENTREVISTA INICIAL.	Llenar el formato de evaluación inicial. Iniciar la evaluación de las principales áreas afectadas en la vida de pareja por la infertilidad.
ESCOGENCIA DE LAS PAREJAS.	Determinar las parejas que irán a psicoterapia y las que se remitirán a los talleres.
SEGUIMIENTO.	Evaluar el desarrollo y eficiencia de los procedimientos utilizados en cada caso.

Teniendo en cuenta los parámetros anteriormente descritos se trabajó durante el segundo semestre del año de 1989, en este período

se atendieron treinta parejas, las cuales se discriminan a continuación.

**REPORTE Y ANALISIS
DEL TRABAJO
TERAPEUTICO REALIZADO
EN LA CLINICA D
E INFERTILIDAD EN EL
INSTITUTO MATERNO
INFANTIL EN 1986**

El trabajo de psicología está tipificado por un enfoque interdisciplinario que permite generar un sistema homogéneo de intervención, caracterizado por el manejo de un modelo experimental que contribuye a la delimitación del problema comportamental, los modelos de evaluación y los procedimientos terapéuticos.

Durante el primer semestre de 1989 se atendieron 30 parejas (ver cuadro a continuación) de la clínica de infertilidad, con un promedio de 6 citas por caso.

TIPOS DE CASOS	NUMERO
PSICOPATOLOGIA	11
ABORTO HABITUAL	7
DISFUNCION SEXUAL	6
INSEMINACION	4
TERMINACION	
TRATAMIENTO	2
TOTAL	30

Generalmente, en la primera cita se entrevistaba a la pareja con el objeto de determinar el efecto que sobre su vida comunal había introducido el no poder tener hijos. Se

encontró que en algunos casos el hecho de que el esposo tuviera hijos con otra pareja y respondiera económicamente por ellos, los llevaba a no desear tener más descendencia; sin embargo, por la presión de la esposa asistían a la clínica de infertilidad.

Como elemento general se halló que los esposos, aunque asistían a la clínica de infertilidad, consideraban que tan sólo la mujer era la que tenía dicho problema. Algunos de ellos ni siquiera se preocupaban por el conocimiento y manejo de los procesos de comunicación, relaciones sexuales y adherencia al tratamiento.

Los casos atendidos se pueden dividir en cinco grupos: 1- Pacientes con una psicopatología asociada a la infertilidad, como estrés, ansiedad, depresión. 2- Parejas con pérdida habitual del embarazo. 3- Parejas con disfunción sexual severa. 4- Parejas a las cuales se les va a realizar un inseminación artificial, ya sea homóloga o heteróloga. y 5- Parejas que terminan el tratamiento sin lograr el embarazo. A continuación se analizarán los diversos casos.

1- PACIENTES CON UNA PSICOPATOLOGIA ASOCIADA A LA INFERTILIDAD, COMO ESTRES, ANSIEDAD, DEPRESION. El manejo de esta situación se centró inicialmente en el registro de los principales problemas conductuales, sien-

do los más preponderantes la depresión, el estrés y la somatización mediante cefalea y dolor crónico de espalda. Por ello, principalmente se utilizó la relajación muscular endógena, el control del pensamiento y la terapia cognitiva.

Aunque la relación causal entre psicopatología e infertilidad no ha sido clarificada, se encuentran una serie de estudios que la sugieren Paulson, Haarmann, Salerno and Asmar 1988; Schweliger, Laessle, Herrmann, Riedel and Pirke 1988; Giblin, Poland, Moghissi, Ager and Olson 1988; Freeman, García and Rickel 1983 entre los principales.

- 2- PAREJAS CON PERDIDA HABITUAL DEL EMBARAZO. Algunas parejas llegan hasta el embarazo, pero no se logra terminar con el nacimiento del hijo, situación que altera emocionalmente a la pareja, pero especialmente a la mujer.

Por ello, el sólo hecho de pensar en un posible embarazo produce cambios comportamentales que van desde el estrés, la depresión, problemas de pareja, hasta la pérdida del deseo sexual. Por ello se debe diseñar un programa que permita preparar a estas parejas para un nuevo embarazo.

En el grupo de parejas que pre-

sentaba ansiedad exógena producto de una pérdida del embarazo, se empezó por registrar dichas conductas de acuerdo con la guía dada por el DSM-III R (1987) y de inventario de las ideas erróneas frente al embarazo y el nivel de la presión social a la cual estaba sometida.

Es de destacar que la terapia cognoscitiva, la relajación endógena, los registros de conductas no adaptativas y la información sobre la relación entre embarazo y ansiedad fueron herramientas fundamentales para el manejo de este nivel del problema.

- 3- PAREJAS CON DISFUNCION SEXUAL SEVERA. Generalmente se encontraba que la frecuencia de relaciones sexuales promedio al iniciar el tratamiento era de 2 al mes, lo cual no podría garantizar la posibilidad de un embarazo.

El manejo se iniciaba con un registro anecdótico de las rutinas sexuales y se implementaba un procedimiento de registro de las sensaciones corporales para aumentar el repertorio erótico de la pareja. Generalmente se le daba información a los pacientes sobre sensaciones corporales, manejo de habilidades de comunicación, las cuales lograban su cometido y ellos mejoraban sus rela-

ciones sexuales en cantidad y calidad, haciendo hincapie en este último punto.

La terapia sexual se inicia con el manejo de la comunicación (Lopicolo 1978; Master and Johnson 1979), ya que se ha encontrado que muchos problemas de pareja se solucionan a través de agresión pasiva. Las principales técnicas de evaluación se realizan con el modelo de Master and Johnson donde se toman en cuenta tres niveles: Preparación, meseta y orgasmo. A continuación se manejan las sensaciones eróticas mediante el placebo (Kaplan 1979).

- 4- PAREJAS A LAS CUALES SE LE VA HA REALIZAR UNA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, YA SEA HOMÓLOGA O HETERÓLOGA. Cuando se encuentra que en la pareja el hombre sufre de oligospermia, es decir el recuento de espermatozoides es bajo o nulo, hay posibilidades de realizar una inseminación artificial, que pueda ser homóloga o heteróloga (Matthews 1982).

A las parejas a las cuales se les remitió para realizar una evaluación de la preparación para inseminación artificial, se les evaluaron los niveles de comunicación en la pareja, satisfacción marital, expectativas frente a la paternidad y se les dió

información sobre el procedimiento, riesgos y en especial responsabilidades.

Además se evaluaron las expectativas de cada miembro sobre el significado de la inseminación y, por último, se organizó un procedimiento para aumentar las habilidades para el manejo del hijo. En un caso particular se tuvo en cuenta una evaluación más profunda de un disturbio psicosexual.

La experiencia clínica indica que en los casos de inseminación homóloga, se produce ansiedad y conductas de evitación al procedimiento por parte del hombre y cuando esta es heteróloga, se ha encontrado que los esposos necesitan de un período de adaptación para disminuir la reactividad emocional que les produce dicho proceso técnico y en especial las asociaciones ideativas estereotipadas que realizan.

- 5- PAREJAS QUE TERMINAN EL TRATAMIENTO SIN LOGRAR EL EMBARAZO. Los estudios clínicos indican que cuando una pareja asiste a una clínica de infertilidad; tan sólo el 57% de las parejas logran el embarazo en los tres primeros años y después de este período la tasa de embarazo es del 33,3% (Pacheco, C, Ruiz, A y Sánchez, J. 1987) y por ello, hay que pensar en el manejo de

esta problemática, aunque la literatura no reporta experiencias de este tipo.

Por ello, se hace necesario que dentro del trabajo del psicólogo se considere este aspecto, ya que las parejas se deben preparar para la vida sin hijos o en su defecto, la adopción.

En síntesis desde el punto de vista de la Psicología, el manejo del

paciente con infertilidad es un campo poco explorado en la psicología de la salud y requiere de un enfoque interdisciplinario para poder entender la esencia de la problemática.

Se recomienda el desarrollo de investigación básica para diseñar talleres dirigido a las parejas en el área de: 1- Preparación al embarazo después de una pérdida reciente de éste. 2- Manejo de la sexualidad en parejas con algún tiempo de infertilidad.

BIBLIOGRAFIA

- ANDREWS L. Aspectos legales y éticos sobre las nuevas técnicas de reproducción. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOL. 29(1): 241-258, 1986.
- BARNES, A. Current approaches to infertility. PRIMARY CARE. VOL 8 (1) 77-88. 2981.
- BATES, G. Body weight control as a cause of infertility. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOL 28 (3): 632-644. 1985.
- CHRISTIE, G. Aspectos psicológicos y sociales del tratamiento de la pareja infértil. IN PEPPEREL, R, HUDSON, B and WOOD, R. la pareja infértil, Toray, Barcelona, 1982.
- FRIEDAMN, CH. and RIM, M. Obesity and its effect on reproductive function. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOL. 28 (3): 645-663. 1985.
- FRIDERICH, M. Motivación hacia el coito. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOL. 5: 691-700, 1970.
- FREEMAN, E GARCIA, C and RIKELS, K. Behavioral and emotional factors: Comparisons of anovulatory infertile women with fertile and other infertile women. IN FERTILITE AND STERILITY. 49(4): 582-584, 1988.
- GIGLIN, P. POLAND, M and MOGHISSI, K. Effects of stress and characteristic adaptability on semen quality in healthy men. IN FERTILITE AND STERILITY. 49 (1): 127-132, 1988.
- GREENFELD, D and HASELTINE, F. Selección de candidatos y consideraciones psicosociales de los procedimientos de fecundación in vitro. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOL. 29 (1): 149-157, 1986.
- MATHEWS, C. Inseminación artificial -donante y esposo. IN PEPPEREL, R, HUDSON, B AND WOOD, R. La pareja infértil. Toray, Barcelona, 1982.
- MELODY, G. Stress syndromic in gynecology. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. VOL 8 (1): 233-244. 1965.

- MOGHISSI, K. Investigaciones y estudios básicos de los matrimonios infecundos. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. VOL 22(1): 11-26, 1979.
- MOZLEY, P. Psychophysiological infertility. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. VOL 19(2): 407-417, 1976.
- PACHECO, C. RUIZ, A y SANCHEZ, J. Etiología y Evaluación del tratamiento de la Infertilidad en el Instituto Materno Infantil de Bogotá (1982-1987). Bogotá, Octubre 1987 (Inédito).
- PAULSON, J, HAARMANN, B, SALERNO, R, and ASMAR, B. An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility. *IN FERTILITE AND STERILITY*. 49 (2): 358-262, 1988.
- PERES, L. Manejo de la pareja infertil. *REVISTA COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*. VOL 36(5): 337-350, 1985.
- PETERSON, E, ALEXANDER, N and MOGHISSIN, K. AID and AID+ - TOO CLOSE FOR COMFORT. *IN FERTILITE AND STERILITY*. 49 (4): 721-722, 1988.
- REID, R and VAN, Dweight. Related changes in reproductive function. *IN FERTILITE AND STERILITY*. 48 (6): 905-913, 1987.
- RUTLEDGE, A Valoración psicomarital y tratamiento de la pareja infecunda. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. VOL 22(1): 263-279, 1979.
- SAUER, N, RODI, I, SCROOC, M, BUSTILLO, M and BUSTER, J. Survey of attitudes regarding the use of sibiligs for gamete donation. *INFERTILITE AND STERILITY*. 49 (4): 721-722, 1988.
- SCHWEIGER, U, LAESSLE, R, SCHWEIGER, M, HERRMANN, F, RIEDEL, W and PI Caloric intake, stress, and menstrual function in athletes. *IN FERTILITE AND STERILITY*. 49(3): 447-450, 1988.
- Simposio sobre aspectos biomédicos y psicosociales de la infertilidad. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. VOL 22 (1).
- SOULES, M. prevention of infertility. *INFERTILITE AND STERILITY*. 49(4): 582-584, 1988.
- STONE, S. Complicaciones y engaños de la inseminación artificial. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. VOL 23(3): 679-696, 1980.
- THOMSON, W and BOYLE, D. Orientación de los pacientes para inseminación artificial y embarazo subsecuente. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. VOL 160 (1): 203-217, 1982.