

ASPECTOS EMOCIONALES EN REPRODUCCIÓN

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
María Cristina Aranda Corona	Marta García Sánchez Marta Blasco Alonso	22/09/2023
		Fecha revisión 25/09/2023

INTRODUCCIÓN

La elaboración de este protocolo surge de la importancia de los aspectos psicológicos y emocionales en salud reproductiva, donde todos los profesionales que atienden a la pareja a lo largo de su proceso están implicados.

La Organización Mundial de la Salud (2007) define salud como: “Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. Por ello los cuidados necesarios que se precisan son amplios y no se deben centrar exclusivamente en el tratamiento de la enfermedad.

El cuidado de los aspectos emocionales es algo especialmente relevante en la Medicina Reproductiva, dado que el tratamiento estándar no cura la causa de la infertilidad, sino que ayuda a los pacientes a conseguir la parentalidad. Así, la mayoría de los individuos deben continuar afrontando la situación médica y, a la vez, las consecuencias psicosociales de la infertilidad en su vida que seguirán estando presentes durante todo su proyecto reproductivo evidenciándose cada vez que decidan buscar un nuevo hijo. Muchos pacientes estériles encuentran dificultades para sobrellevar el largo periodo que usualmente conlleva el diagnóstico y tratamiento y la incertidumbre sobre la consecución o no de la parentalidad que buscan. La mayoría de los pacientes experimenta algún grado de estrés emocional durante el tratamiento y alrededor del 23% abandona el tratamiento antes de tiempo porque lo percibe como una carga. Alrededor de un tercio de los pacientes finaliza el tratamiento sin conseguir el embarazo o el nacimiento y muchos encuentran dificultades para aceptar que su objetivo de ser padres no se cumplió. Incluso cuando se consigue un embarazo, se vive con temor por la viabilidad y salud del feto.

El 25-65 % de las parejas sometidas a tratamiento de reproducción asistida presentan en algún momento síntomas clínicos de cierta relevancia, destacando la ansiedad, aunque también en proporciones importantes predomina la depresión, desesperanza, culpabilidad, baja autoestima, etc. Por otro lado, el estrés empieza a ser reconocido en la literatura científica como un factor que puede, en algunas ocasiones, influir negativamente en la capacidad reproductiva de los seres humanos. Puede convertirse en elemento mediador en al menos un 5% de los problemas de esterilidad de origen desconocido.

Por todo ello, en fertilidad es preciso promover condiciones óptimas para ayudar a los pacientes en estas situaciones descritas y facilitar un experiencia saludable del proceso

Contamos con algunas guías de sociedades científicas:

- La ESHRE (Sociedad Europea de medicina Humana Reproductiva y Embriología) elaboró una guía de prácticas clínicas en 2015 para aportar recomendaciones clínicas que mejoren la calidad de la atención médica dentro del campo europeo de la reproducción asistida.
- La SEF (Sociedad Española de Fertilidad) publica en 2010 un manual de intervención psicológica en Reproducción Asistida, donde quedan reflejados igualmente los aspectos emocionales en fertilidad.

Se establecen tres etapas diferentes de tratamiento, cada una de las cuales incluye diferentes tiempos o periodos:

- Periodo de pretratamiento o diagnóstico: Comienza con la primera visita clínica hasta el comienzo del primer ciclo de de tratamiento.
- Periodo de tratamiento: el tiempo que abarca el ciclo de tratamiento y la realización de técnicas de reproducción asistida.
- Periodo post-tratamiento: Tras la finalización de éste. Cabe distinguir entre... Distingue entre los que no lograron concebir y aquellos que sí lo lograron. Aunque los equipos de fertilidad pierden contacto

con los pacientes una vez que estos finalizan el tratamiento, pueden considerar tomar medidas de cuidado preventivo durante y al final del tratamiento.

Gráfica 1. Representación esquemática de la atención psicosocial adecuada a cada etapa específica del



tratamiento y a las necesidades del paciente. (ESRHE 2013)

A lo largo del proceso y las distintas etapas definidas los pacientes tienen una serie de necesidades para conseguir un abordaje psicosocial saludable de su tratamiento de fertilidad y pueden clasificarse en: conductuales, sociales y de afinidad, emocionales y cognitivas. Será preciso detectarlas y tratarlas adecuadamente. Las opciones que se proponen en la atención psicosocial de estos pacientes distinguen tres niveles:

- Atención psicosocial de rutina. Responde a las necesidades más comunes de los pacientes y para que sea eficaz, debe acompañar al tratamiento médico en las consultas, para que sea accesible a todos los pacientes. La evidencia al respecto muestra que proveer de atención psicosocial de rutina puede reducir el estrés, las preocupaciones en torno a los procedimientos médicos, el bienestar del paciente, y su compromiso con el tratamiento. También pueden esperarse beneficios adicionales ya que el bienestar de los pacientes está

asociado a su satisfacción con los cuidados recibidos. Además, si se logra un compromiso pleno con el tratamiento, se puede esperar un aumento de un 15% en la tasa acumulada de embarazos tras técnicas de reproducción asistida.

- Atención psicosocial especializada. Alrededor del 20 % de los pacientes desarrollan problemas de salud mental que precisan de atención especializada. Dentro de ellas :
 - Consultoría en infertilidad. Incluye algunas como intervención en crisis, apoyo durante el duelo, orientación psicológica para afrontar consecuencias.
 - Psicoterapia. Para pacientes diagnosticados de desórdenes de salud mental.

ETAPA PRE-TRATAMIENTO O DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de un problema de infertilidad / esterilidad suele suponer una “crisis vital” para los pacientes y/o parejas. El término de “crisis vital” se define como "una alteración del equilibrio emocional por el fracaso en la aproximación tradicional en la resolución de los problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, ansiedad y confusión" (Lillibridge y Klukken, 1978. Citados por Rubin y Bloch, 2001).

Las crisis pueden afectar al mundo interno de la persona manifestándose por cambios en:

- Las creencias: “Podemos tener un hijo cuando no los propongamos”
- Las actitudes: “Seremos unos padres ideales”
- Los sentimientos: “Me siento querido y comprendido”
- Las expectativas: “Habrá que ir pensando en la educación del niño”

Todo ello genera ansiedad, desesperación, sentimientos de falta de control sobre la propia vida, de temor de amenaza y de pérdida. Puede originar el inicio de muchos problemas emocionales que se encuentran en los pacientes infértiles y sus parejas:

- En el aspecto cognitivo: se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento habitualmente utilizados.

- En el aspecto psicológico: al estado inicial de shock emocional se siguen sentimientos de negación, confusión, temor, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, culpa, excitabilidad e inquietud
- A nivel fisiológico: pueden presentarse reacciones de estrés general.

ETAPA DE TRATAMIENTO

Los efectos secundarios asociados al tratamiento y por otro lado las connotaciones que conlleva, pueden ser origen de alteraciones emocionales.

Cualquier tratamiento médico es fuente de estrés, pero el tratamiento en reproducción es especialmente estresante. La sensación subjetiva de pérdida de control suele verse incrementada por el sentimiento de fracaso personal y culpa, que suele afectar al miembro de la pareja al que se le diagnosticó el problema, y se agudiza hasta el extremo si la esterilidad es de origen desconocido. Debido a ello, es frecuente encontrar expresiones emocionales de aislamiento social y personal, culpa y culpabilidad, ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja.

- Aislamiento social y personal: Dado el desconocimiento que la sociedad tiene de este problema, es la paciente y/o pareja los que no desean manifestarse públicamente sobre algo tan íntimo y que consideran podría tener consecuencias sociales o psicológicas sobre la posible futura descendencia.
- Culpa-culpabilización: Es un sentimiento muy común entre los pacientes infértiles.
- Ansiedad. Por anticipación negativa sobre los resultados del tratamiento, dudas sobre los efectos sobre la salud personal y sobre la descendencia, ante posibilidades reproductivas nunca planteadas,...
- Depresión: Por desbordamiento de las propias habilidades de afrontamiento ante las obstáculos del tratamiento, como consecuencia del aislamiento social, dificultades en la pareja, del sentimiento de culpa, etc. Ningún estudio informó de diferencias en la depresión entre mujeres que inician ciclos de fecundación in vitro y grupos de mujeres control.
- Relación de pareja: La infertilidad supone una carga añadida en la vida diaria de estas parejas o pacientes. No hay pruebas convincentes que corroboren relaciones sexuales deficientes en pacientes infértiles con respecto a la población general. La evidencia disponible sobre la relación sexual muestra que no parece verse afectada por el tratamiento, aunque la evidencia es escasa.

Cada paciente puede responder de forma diferente a los aspectos emocionales de la fertilidad. Como consecuencia de ello pueden existir sentimientos de resentimiento y existir dificultad para comunicarse durante la fase de tratamiento. La reiteración de los ciclos de tratamiento suele provocar

expectativas anticipadas de fracaso, culpa, baja autoestima y parálisis emocional. Cada nuevo intento aumenta la angustia sufrida por los pacientes. En ocasiones la vida social y afectiva está disminuida.

La evidencia sugiere que las mujeres presentan mayor estrés y preocupaciones sociales/sexuales que los hombres. Los datos también reflejan que la forma en que las parejas reaccionan ante la infertilidad y sus estrategias de afrontamiento afectan las necesidades relaciones y sociales (parejas sin antecedentes de técnicas de reproducción y donde ambos miembros tienen una necesidad similar de paternidad presentan mejor ajuste relacional)

EVALUACIÓN CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida de vida puede ser evaluada con herramientas genéricas y específicas. Los instrumentos de valoración genéricos carecen de especificidad.

Los instrumentos de evaluación específicos en fertilidad permiten detectar a pacientes con malestar emocional como Fertility Problem Inventoy (FPI), FertiQoL y SCREEN-IVF. Permiten aproximarse a la experiencia personal de las personas antes, durante y después de los tratamientos y valorar factores de riesgo de desórdenes emocionales. Al identificar a personas vulnerables, permite establecer tratamientos preventivos o diversas intervenciones psicológicas.

El cuidado psicosocial en fertilidad ha surgido como una nueva perspectiva para paliar la limitación en las intervenciones psicológicas y el abandono prematuro de los tratamientos, lo que ha generado la llamada “Integrated Approach to Fertility Care” (Abordaje integrado en la Atención a la Fertilidad).

IMPORTANCIA del APOYO SOCIAL

El apoyo social aporta grandes beneficios, mitigando el impacto negativo del estrés a nivel físico y psicológico. Permite obtener recursos materiales, cognitivos o afectivos, por medio de la interacción con otras personas. Estos recursos permiten disminuir la percepción de amenaza, enfrentarse competentemente a situaciones estresantes y reducir las consecuencias negativas.

En infertilidad, se ha demostrado que los grupos de ayuda son la alternativa a personas que no reciben apoyo de amigos o familiares. Un estudio llevado a cabo en Polonia por Malina et al (2019) mostró una disminución importante del nivel de estrés de hombres y mujeres que atravesaban tratamientos de reproducción asistida gracias a la intervención social.

Así, los pacientes infértiles o estériles requieren apoyo emocional durante el diagnóstico y tratamiento multidisciplinar e integrado para mejorar la calidad de vida de los pacientes y la culminación del tratamiento médico de fertilidad.

BIBLIOGRAFIA

- Routine psychosocial care in infertility and medical assisted reproduction-A guide for fertility staff. ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group. March 2015.
- Manual de intervención psicológica en Reproducción Asistida. Sociedad Española de Fertilidad . Grupo de Interés de Psicología.
- J.W.M. Aarts, A.G. Huppelschoten, I.W.H. van Empel, J. Boivin, C.M. Verhaak, J.A.M. Kremer, W.L. Nelen, How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility, *Human Reproduction*, Volume 27, Issue 2, 1 February 2012, Pages 488–495,
- A.G. Huppelschoten, A.J.C.M. van Dongen, I.C.P. Philipse, C.J.C.M. Hamilton, C.M. Verhaak, W.L.D.M. Nelen, J.A.M. Kremer, Predicting dropout in fertility care: a longitudinal study on patient-centredness, *Human Reproduction*, Volume 28, Issue 8, August 2013, Pages 2177–2186.
- Martínez-Borba, V., Osma, J., Crespo-Delgado, E., Andreu-Pejo, L., & Monferrer-Serrano, A. (2022). Prevención de trastornos y síntomas emocionales en condiciones de salud: estudio piloto aplicando el Protocolo Unificado en una unidad de reproducción humana. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 38(1), 25–35. <https://doi.org/10.6018/analesps.462331>
- Are patients at risk for psychological maladjustment during fertility treatment less willing to comply with treatment? Results from the Portuguese validation of the SCREENIVF V. Lopes, M.C. Canavarro, C.M. Verhaak, J. Boivin, S. Gameiro. *Human Reproduction*, Volume 29, Issue 2, February 2014, Pages 293–302
- Evolution of psychology and counseling in infertility, Jacky Boivin, Sofia Gameiro *Fertility and Sterility*, Volume 104, Issue 2, 2015, Pages 251-259, ISSN 0015-0282,
- S. Gameiro, J. Boivin, E. Dancet, C. de Klerk, M. Emery, C. Lewis-Jones, P. Thorn, U. Van den Broeck, C. Venetis, C.M. Verhaak, T. Wischmann, N. Vermeulen, ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff, *Human Reproduction*, Volume 30, Issue 11, November 2015, Pages 2476–2485, <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- Sofia Gameiro, Elisabeth El Refaie, Berit Bliesemann de Guevara, Alida Payson, Women from diverse

minority ethnic or religious backgrounds desire more infertility education and more culturally and personally sensitive fertility care, *Human Reproduction*, Volume 34, Issue 9, September 2019, Pages 1735–1745, <https://doi.org/10.1093/humrep/dez156>