

Sexualidad y reproducción humana: **¿Querer es poder?**

Carmen Moreno Rosset.

UNED. Madrid

Rocio Núñez Calonge.

Equipo IVI Madrid. Madrid

Pedro Caballero Peregrín.

Equipo IVI Madrid. Madrid. . Presidente de la Sociedad Española de Fertilidad (SEP)

Correspondencia: UNED. Facultad de Psicología. Dpto. Psicología de la Personalidad, Evaluación y Trat. Psicológicos. Ciudad Universitaria, s/nº. 28040-MADRID

RESUMEN

La tecnología médica aplicada a la Reproducción Asistida se dedica a dar soluciones a los problemas de infertilidad. Este trabajo expone la importancia del consejo psicológico en parejas infértiles. Los altos niveles de estrés afectan el funcionamiento general de sus vidas, incluyendo sus relaciones sexuales. Este artículo describe las fases por las que atraviesan las parejas durante el diagnóstico y tratamiento médico. Se expone la intervención psicológica adecuada a cada etapa del proceso, centrándose en la calidad de las relaciones sexuales.

ABSTRACT

The Medical Technology applied to the Assisted Reproduction is devoted to give solutions to infertility problems. This work exposes the importance of the psychological counseling with infertile couples. The high levels of stress affects the normal functioning of the couples lives, including their sexual relationships. This article describes the phases that infertile couples go through during the medical diagnosis and treatment. The psychological intervention adequated to each step of the process is considered centering to the quality of the couples´ sexual relationship.

INTRODUCCIÓN

La Medicina de la Reproducción es una especialidad de la Ginecología relativamente reciente, que tiene como objetivo la solución de los problemas de infertilidad. En la actualidad, los avances que se han producido en éste área, permiten la reproducción humana sin sexualidad, es decir, podemos reproducirnos en el laboratorio. Las técnicas de Reproducción Asistida son las que con mayor probabilidad solucionan los problemas de esterilidad. El gran avance científico en este campo permite abrir vías de solución a aquellas parejas, que si hubieran pertenecido a una generación anterior, probablemente no hubieran tenido posibilidades de engendrar hijos. Sin embargo, tanto el diagnóstico como el tratamiento de la infertilidad suponen un gran esfuerzo para la pareja y un coste elevado en distintas áreas de su funcionamiento habitual. La posibilidad de concebir un hijo, representa en las parejas infértiles una motivación suficiente como para realizar grandes esfuerzos y sufrir desgastes físicos, psicológicos, de rela-

PALABRAS CLAVE

Sexualidad, reproducción, infertilidad, consejo psicológico.

KEY WORDS

Sexuality, reproduction, infertility, psychological counseling

ción de pareja, de relaciones familiares, sociales, y económicos.

Las mujeres que padecen estrés corren el riesgo de mostrar todos los síntomas habituales del estrés (úlceras, hipertensión, fatiga crónica...) así como otros trastornos: *infertilidad*, tensión premestrua y neurosis de ansiedad (Witkin, 1995). Algunos mensajes de estrés van del hipotálamo a la hipófisis y después a otras glándulas que segregan hormonas, como los ovarios. A corto plazo, estas hormonas elevan la producción de energía. A largo plazo, suelen aparecer desequilibrios sobre todo en el muy sensible aparato reproductor de la mujer. De todos es conocido el grupo de mujeres que padecen esterilidad idiopática, es decir de origen desconocido, sin causa aparente. El factor psicológico tiene, en estos casos, un valor relevante. Por una parte, el estrés puede interferir en el proceso de fertilidad humana y por otra, cuando se informa al paciente de su esterilidad, experimenta un enorme impacto estresante.

El estrés puede ser origen y a la vez consecuencia de la infertilidad. Además puede afectar distintas áreas del funcionamiento habitual del sujeto, como por ejemplo, disminución la concentración en el trabajo, aparición de síntomas psicostomáticos (dolores de cabeza, de estómago, cansancio excesivo, mareos, etc.) Las relaciones sociales muchas veces se ven afectadas por la decisión o no de comunicar a los amigos el problema. A veces algunas parejas se apartan o abandonan amigos que ya tienen hijos o que van a tenerlos. Esto es una realidad. La comunicación del problema a la familia es otro factor estresante ya que ejerce en muchas ocasiones una presión fuerte en el deseo de tener hijos. En muchas ocasiones, cuando

la pareja no tiene un ajuste o equilibrio estables, la relación se altera y puede desunirlos. Y finalmente, cabe hablar de las relaciones sexuales. Durante bastante tiempo, la pareja ha intentado mantener relaciones sexuales en los días que se suponen fértiles para la mujer, lo que significa seguir una abstinencia varios días antes al período ovulatorio y mantener relaciones más asiduas durante el período fértil. Por lo tanto, las relaciones sexuales ya no se realizan espontáneamente, sino que se supeditan al ciclo menstrual de la mujer, independientemente de los deseos de cada miembro de la pareja. Cuando la pareja ha mantenido relaciones sexuales durante un año y medio sin ningún tipo de control anticonceptivo, y no ha habido gestación, puede existir un problema de infertilidad.

INFERTILIDAD Y SEXUALIDAD

La sexualidad humana puede tener distintas finalidades: el placer, la expresión y comunicación entre la pareja y la reproducción. Estos tres objetivos pueden complementarse o no entre sí. Cuando nuestra principal motivación se centra en la reproducción, la espontaneidad desaparece en muchos casos, por lo que desciende los niveles de satisfacción, y en lugar de "hacer el amor", se está cumpliendo con una obligación. El móvil de la relación sexual se centra exclusivamente en la reproducción, olvidando en muchos casos la búsqueda de placer y la comunicación sentimental entre la pareja.

Si volvemos la vista atrás, nos daremos cuenta de que el desarrollo de los métodos anticonceptivos ha aportado una enorme libertad para mantener relaciones sexuales sin que necesariamente la reproducción de la especie humana esté presente, aspecto que no ocurre entre los animales. Además ha permitido que las parejas puedan planificar tener hijos o no, y en qué mo-

mento de sus vidas quieren tenerlos. Pero no siempre ocurre así, el hecho de *poder controlar la anticoncepción*, no implica controlar la fertilidad. Al parecer, cada mes una pareja en edad fértil, tiene entre un 20 y un 40% de posibilidades de quedar gestante manteniendo relaciones sexuales regulares, pero ¿qué pasa cuando después de un año y medio de mantener relaciones sin control anticonceptivo no se ha conseguido el embarazo? En ese caso, podemos estar frente un problema de esterilidad primaria.

Los Centros de Reproducción Asistida han puesto enormes esfuerzos para desarrollar tratamientos para combatir la infertilidad. Para ello es necesario un equipo multidisciplinar en el que participan diferentes especialistas de distintas áreas: ginecólogo, andrólogo, anestesista, biólogo, psicólogo, enfermera, auxiliar, coordinador y secretaria. Desde la psicología, podemos afirmar que se trata de un área de intervención de reciente aparición. En EE.UU. es obligatorio que el psicólogo forme parte del equipo de Reproducción Asistida. Por el contrario en España, no existe esta obligación, pero sí la recomendación, beneficiándose de esta forma tanto el propio equipo médico como los pacientes que acuden a los citados Centros.

PROCESO DIAGNÓSTICO DE LA ESTERILIDAD Y ESTRÉS

Cuando una pareja acude a una consulta de esterilidad, se inician una serie de pruebas con el fin de poder determinar el origen de la alteración. Las pruebas a las que pueden someterse los pacientes van desde pruebas sencillas de laboratorio como por ejemplo, análisis de sangre, de semen, etc., estudios hormonales, hasta pruebas más complejas como por ejemplo estudio de endometrio, estudio de las trompas (histerosalpingografía), test post-coital, etc. Durante la realización de pruebas diagnósticas, las relaciones sexuales de la pareja pueden seguir su ritmo habitual. Solamente en dos de las posibles pruebas a realizar, la pareja debe abs-

DOSSIER

tenerse de sexo o realizarlo en un día concreto. Se trata del análisis de semen que se realiza al varón y que precisa de 3 a 5 días previos de abstinencia sexual y el test post-coital en el que la pareja debe mantener relaciones sexuales el día de la ovulación. Una vez completado el estudio el ginecólogo ya puede elaborar un diagnóstico y decidir sobre el tratamiento idóneo según las características observadas de la pareja.

El diagnóstico de infertilidad es un acontecimiento vital estresante que supone un elevado impacto para cada uno de los miembros de la pareja. Sin embargo, en los inventarios tradicionales de acontecimientos vitales de Holmes & Rahe y de Coddington no aparece la esterilidad, ni la adopción, ni ser madre sola. Estos eventos estresantes son producto de avances en diferentes terrenos tanto sociales, sobre todo en el caso del cambio de roles de la mujer en la sociedad moderna, como científicos, como por ejemplo los avances en genética. Witkin (1995) clasifica "la esterilidad" como un acontecimiento vital de sobrecarga crónica, debido a que se convierte en una preocupación constante, que implica frecuentes visitas al médico, a veces intervenciones quirúrgicas, programación de las relaciones sexuales y una vigilancia constante. A estos problemas se añaden las sensaciones de culpa, impotencia, sensación de falta de control, etc. (Campbell et al. 1991; Witkin, 1995; Read, 1995; Guerra, 1998, entre otros).

Los principales modelos de consejo psicológico en infertilidad (Kubler-Ross, 1973; Worden, 1991; Read, 1995) hacen especial hincapié en la fase diagnóstica, debido al impacto que supone en las parejas. La intervención psicológica en este momento debe dirigirse hacia cambiar los sentimientos que pueden surgir como la negación, la cólera, la pena, etc. hacia una comprensión nueva de su problema que permita planear la acción, es decir, buscar las posibles soluciones frente a la infertilidad. Como indica Read (1995), se trata de enseñar a afrontar la "pérdida invisible".

TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD Y ASISTENCIA PSICOLÓGICA EN LA PAREJA

Cuando el equipo médico propone el tratamiento más idóneo, la pareja se encuentra en una fase de "toma de decisión" de seguir o no el tratamiento propuesto u optar por otras alternativas como la adopción, o decidir no tener hijos. En este momento es importante que el psicólogo ayude a la pareja en la toma de decisión de una forma consciente y realista, es decir, la pareja deberá tener suficiente información de las posibilidades reales de gestación a través de los tratamientos, y evaluar los costes/beneficios con el fin de poder afrontar con mayor eficacia los resultados del tratamiento. Es importante prestar atención a los sentimientos de la pareja, realizar una escucha activa y comunicar comprensión empática y aceptación no crítica de la situación. Se trata de enseñar a valorar todas las soluciones posibles, y poner en marcha incluso más de una solución, como por ejemplo iniciar un tratamiento médico y a la vez apuntarse a una lista de adopción. En el caso de que la pareja optara por no seguir ningún tratamiento, se deberá enseñar a construir un mundo de pareja sin hijos, es decir, planear su vida siendo solamente ellos dos (actividades, nuevos proyectos, etc.). También es necesario intervenir en el ajuste de la pareja y educar hacia un nuevo tipo de sexualidad, en el que prime más la comunicación, expresión de sentimientos y el placer, aspectos que posiblemente habían quedado algo relegados por la búsqueda de reproducción.

Los tratamientos de Reproducción Asistida suelen pasar por distintas fases, la primera es la de aplicación de fármacos para inducir la ovulación, es decir, se trata de conseguir varios ovocitos en un mismo ciclo menstrual con el fin de aumentar las posibilidades de gestación. En un segundo momento se realiza la aplicación de la técnica elegida (inseminación artificial o fecundación in vitro), a continuación la pareja

se encuentra en un período de espera de quince días aproximadamente y finalmente se conocen los resultados del tratamiento.

Los principales tratamientos de Reproducción Asistida son la Inseminación Artificial Conyugal (IAC) y la Fecundación "In Vitro" (FIV). La Inseminación es la técnica de Reproducción Asistida más sencilla que consiste en la colocación de los espermatozoides dentro del útero una vez se han procesado en el laboratorio para conseguir los teóricamente mejores. Para realizar la inseminación, el varón tiene que acudir a la clínica a fin de obtener la muestra de semen (o bien traerla de su domicilio recogiéndola en unas determinadas condiciones). Una vez se han capacitado los espermatozoides en el laboratorio, se transfieren al útero de la mujer, lo que no representa más molestia que la que puede causar una simple citología.

Cuando se realiza la fecundación "in vitro", el varón debe asimismo obtener una muestra de semen como en el caso anterior. A la mujer se le extraen los ovocitos por vía vaginal con anestesia y sedación y una vez fecundados los óvulos en el laboratorio, le son transferidos los embriones al interior de la cavidad intrauterina. Existe una técnica más novedosa de fecundación "in vitro" con Microinyección espermática, que consiste en inyectar un único espermatozoide dentro del óvulo, en lugar de dejar al óvulo con los espermatozoides para que la fecundación se realice por selección natural. Esta técnica está indicada cuando la etiología es patología masculina y también, cuando hay fallos de fecundación "in vitro" convencional. El primer embarazo conseguido con este nuevo procedimiento data de 1992. El proceso para la paciente es el mismo, la diferencia es en el laboratorio, donde se requiere una alta especialización y pericia.

En general, las técnicas de Reproducción Asistida conllevan la administración previa de fármacos que estimulan la ovulación, y, básicamente, todos estos tratamientos se realizan de la misma forma. Lo único que cambiará será la

dosis y el procedimiento final: coito programado, inseminación artificial o fecundación in vitro.

Cuando se aplican fármacos para inducir la ovulación, la mujer generalmente soporta tanto los diversos pinchazos diarios, como las asíduas visitas al ginecólogo para realizar controles ginecológicos y hormonales correspondientes. Todo es poco, por conseguir el hijo deseado. En ese momento la atención de la pareja se centra en el tratamiento y las relaciones sexuales ya no son necesarias para conseguir su objetivo de embarazo, por lo tanto, en muchos casos se ven relegadas a otro plano. El psicólogo en este momento deberá orientar a la pareja en que continúen el ritmo de relaciones íntimas habituales, salvo los días que se indiquen que deben abstenerse para obtener la muestra de semen o después de depositar el semen en el caso de la inseminación o de transferir los embriones de la fecundación "in vitro". Además en esos días de abstinencia, es importante recalcar, que lo único que no debe hacerse es el coito, y que la sexualidad es algo más, como los besos, las caricias, los roces, y mucha imaginación. En el equilibrio psicológico, la sexualidad juega un papel importante y el psicólogo debe enseñar a "jugar" con el sexo, para asegurar el mantenimiento de las relaciones sexuales, que ahora se centrarán principalmente en la expresión y comunicación de sentimientos y en el placer. Se trata de enseñar que la sexualidad y la reproducción pueden ir por separado y se puede gozar del sexo, sin que haya reproducción.

EN ESPERA DE RESULTADOS ¿CÓMO PODEMOS AYUDAR?

Hacia la mitad del ciclo menstrual, se realiza la inseminación o la fecundación "in vitro". A partir de ese momento la pareja deja de visitar la clínica y durante quince días esperan los resultados, es decir, esperan el embarazo. Por lo general, se recomienda abstinencia sexual los primeros días precedentes a la inseminación o transferencia de embriones. De nuevo aquí nos encontramos con que la intervención psicológi-

ca es necesaria con el fin de programar una espera sin ansiedad y angustia, sin conductas obsesivo-compulsivas como la de ir asiduamente al aseo para constatar que no existen hemorragias, etc. En este momento el psicólogo debe orientar la planificación de actividades diarias, con el fin de no centrar la atención absoluta en la espera. La tendencia general de las parejas es hablar durante todo el día y todos los días sobre el mismo tema. Por lo tanto, se les debe indicar que dediquen sólo 15 minutos al día a hablar o preguntar sobre su estado de salud, sus sensaciones, emociones, etc. y sobretodo permitir que cada miembro de la pareja viva sus emociones y sentimientos que con mucha probabilidad serán distintos, es decir, no sienten los dos lo mismo y en el mismo momento. La educación sexual de las parejas sigue siendo de suma importancia en ese momento en el que tocarse puede significar un peligro. Algunas parejas relatan que en los días de espera, las mujeres tienen miedo a estornudar o toser. El equipo médico insiste en que se lleve la vida normal, pero, por lo general, las parejas toman más precauciones de las debidas. Es importante en este momento anticipar los posibles resultados del tratamiento. Situarse en los posibles sentimientos y pensamientos que acudirán a su mente si el tratamiento resulta o no efectivo. De esta forma se podrán enseñar los estilos de afrontamiento más eficaces ante los resultados.

El apoyo social, es de gran importancia en todo el proceso de Reproducción Asistida, desde el diagnóstico hasta el momento de los resultados. La pareja deberá decidir desde el primer momento a qué amigos o familiares informar sobre el tema y sobretodo indicar la forma que pueden ayudarles en cada momento. Prever la forma de afrontar tanto los resultados negativos y disponer de apoyo social es básico para poder hacer frente a la infertilidad.

CONCLUSIONES: DATOS PARA LLEARNOS A CASA

- La incorporación del psicólogo en los Equipos de Reproducción Asistida

es sumamente necesaria debido a que tanto en el proceso diagnóstico como en los tratamientos, las parejas se enfrentan a diferentes estímulos que les pueden provocar distintos grados de estrés, con manifestaciones en varias áreas del funcionamiento emocional, intelectual, conductual, social y de ajuste de la pareja.

- El papel del psicólogo es fundamental para paliar los efectos ansiógenos que a su vez interfieren la fertilidad. Recordemos que concebir un hijo implica, además de distintos factores biológicos, otros aspectos de erigen psicológico como el deseo, la esperanza, la ilusión, y también la desilusión, culpa, rabia, depresión, sentimientos de pérdida, duelo y sufrimiento, cuando no se consigue.

- El psicólogo que se incorpore a un Equipo de Reproducción Asistida, deberá intervenir psicológica tanto desde el primer momento en el que se informa del diagnóstico a la pareja, como en el proceso de tratamiento médico, espera de los resultados y cuando se conocen los mismos. El psicólogo deberá, por tanto, aplicar todos sus conocimientos en conseguir aumentar el bienestar de cada miembro de la pareja y de su funcionamiento en conjunto.

- La formación y establecimiento de equipos multidisciplinares en la solución de los problemas de infertilidad es básico, de esta forma se puede ofrecer a las parejas un tratamiento integral que tenga en cuenta tanto los procesos fisiológicos como los psicológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guerra Díaz, D. (1998). *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta, S.A.
- Kubler-Ross, E. (1973). *On Death and Dying*. London: Tavistock
- Read, J. (1995). *Counseling for Fertility Problems*. London: Sage Publications Ltd.
- Witkin, G. (1995). *El estrés de la Mujer*. Barcelona: Grijalbo
- Worden, W.J. (1991). *Grief Counselling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. London: Routledge.
- Yago, T., Segura, J., Irazábal, E. (1997). *Infertilidad y Reproducción Asistida*. Madrid: Biblioteca Nueva.