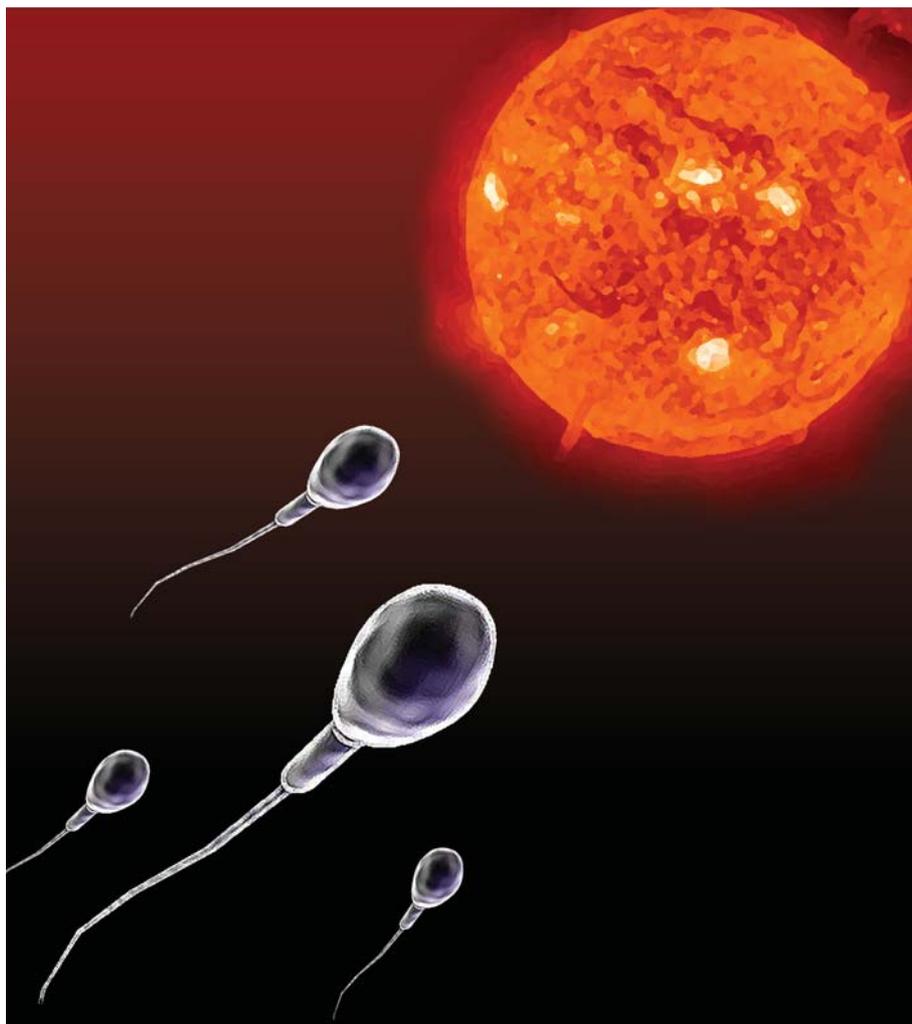


# PAPELES DEL PSICÓLOGO

INFERTILIDAD Y PSICOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN



---

PROBLEMÁTICA PSICOLÓGICA ASOCIADA  
CRITERIOS PARA LA INTERVENCIÓN CLÍNICA CON LA PAREJA AFECTADA

---

## Sección monográfica

- 154. PRESENTACIÓN: INFERTILIDAD Y PSICOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN**  
*Carmen Moreno Rosset*
- 158.** El impacto psicológico de la infertilidad  
*Luis María Llavona Uribelarrea*
- 167.** Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad  
*Rosario Antequera Jurado, Carmen Moreno-Rosset, Cristina Jenaro Río y Alejandro Ávila Espada*
- 176.** La evaluación psicológica en infertilidad: El DERA una prueba creada en España  
*Cristina Jenaro Río, Carmen Moreno-Rosset, Rosario Antequera Jurado y Noelia Flores Robaina*
- 186.** La intervención psicológica en infertilidad: Orientaciones para un protocolo de actuación clínica  
*Alejandro Ávila Espada y Carmen Moreno-Rosset*
- 197.** El estrés ¿en qué momento del tratamiento médico de la infertilidad debe tratarse?  
*Daniel M. Campagne*
- 205.** Terapia de pareja en infertilidad  
*Noelia Flores Robaina, Cristina Jenaro Río y Carmen Moreno Rosset*

## Otras aportaciones

- 213.** Mejora de la memoria en personas mayores: variables a tener en cuenta  
*Carmen Mas Tous*
- 222.** Implicaciones educativas de los modelos teóricos del proceso de revisión textual  
*Olga Arias-Gundín y Jesús-Nicasio García-Sánchez*

## Debates

- 229.** El discreto encanto de ser masculino  
*José M. Prieto, Ricardo Blasco y Gerardo López Montalvo*

## Special Section

- 154. INTRODUCTION: INFERTILITY AND REPRODUCTIVE PSYCHOLOGY**  
*Carmen Moreno Rosset*
- 158.** The psychological impact of infertility  
*Luis María Llavona Uribelarrea*
- 167.** Main psychopathological disorders associated with infertility  
*Rosario Antequera Jurado, Carmen Moreno-Rosset, Cristina Jenaro Río y Alejandro Ávila Espada*
- 176.** Psychological assessment in infertility: The DERA, a measure developed in Spain  
*Cristina Jenaro Río, Carmen Moreno-Rosset, Rosario Antequera Jurado y Noelia Flores Robaina*
- 186.** Psychological intervention in infertility: Directions for a clinical protocol  
*Alejandro Ávila Espada y Carmen Moreno-Rosset*
- 197.** When should stress be reduced in the medical treatment of infertility?  
*Daniel M. Campagne*
- 205.** Couple therapy for infertility  
*Noelia Flores Robaina, Cristina Jenaro Río y Carmen Moreno Rosset*

## Regular articles

- 213.** Elderly people do enhance their memory: variables to be taken into account.  
*Carmen Mas Tous*
- 222.** Educational implications of theoretical models of text revision  
*Olga Arias-Gundín y Jesús-Nicasio García-Sánchez*

## Forum

- 229.** The Discreet charm of being male  
*José M. Prieto, Ricardo Blasco y Gerardo López Montalvo*

## PAPELES DEL PSICÓLOGO

### Edita

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

### Director

Serafín Lemos Giráldez

### Directores asociados

José Ramón Fernández Hermida, Manuel Enrique Medina Tornero, José Carlos Núñez Pérez y José María Peiró Silla

### Consejo Editorial

Francisco Santolaya Ochando  
Jaume Almenara i Aloy  
Julián Baltasar Jaume  
Manuel Berdullas Temes  
Rosario Carcas Castillo  
Fernando Chacón Fuertes  
Juan Delgado Muñoz  
Juan Manuel Egurtza Muniain  
Alfredo Fernández Herrero  
Aurora Gil Álvarez  
Lorenzo Gil Hernández  
M<sup>a</sup> Teresa Hermida Pérez  
Rosa Jiménez Tornero  
Margarita Laviana Cuetos  
Ramón Loitegui Aldaz  
Cristina López Díaz  
Isabel Martínez Díaz de Zugazua

Manuel Enrique Medina Tornero  
Eduardo Montes Velasco  
Teresa Rizo Gutiérrez  
Manuel Rodríguez Fernández  
Concepción Santo Tomás de Abajo  
Manuel Mariano Vera Martínez  
Jesús Ramón Vilalta Suárez

### Consejo Asesor

José Antonio Aldaz, Esteban Alonso, Isaac Amigo, José Arévalo Serrano, Pilar Arránz, José María Arredondo, Dosíteo Artiaga, M<sup>a</sup> Dolores Avia, Sabino Ayestarán, Francisco Bas, Vicent Bermejo, Amalio Blanco, Cristina Botella, Carmen Bragado, Gualberto Buela, José Buendía, Vicente Caballo, Francisco Cabello, José Cáceres, Rosa Calvo, Fernando Calvo, Amalia Cañas, Antonio Capafons, José Carlos Caracuel, Helio Carpintero, Mario Carretero, José Antonio Carrobes, Miguel Costa, Antonio Coy, Sixto Cubo, Piedad Cueto, Fernando Díaz Albo, María José Díaz-Aguado, Jesús A. De Diego, Raúl De Diego, Andrés Duarte López, Rocío Fernández Ballesteros, Nicolás Fernández Losa, Jorge Fernández Del Valle, Concepción Fernández Rodríguez, Alfredo Fornos, Enrique García Huete, Miguel Anxo García Álvarez, César Gilolmo, Jesús Gómez Amor, Jorge L. González Fernández, Julio Antonio González García, José Gutiérrez Terrazas, Adolfo Hernández Gordillo, Florencio Jiménez Burillo, Cristóbal Jiménez Jiménez, Annette T.Kreuz, Francisco Javier Labrador, José Carlos León Jarriego, Jesús Ramón Loitegui, Roberto Longhi, Aquilino Lousa, Araceli Maciá, Emiliano Martín, María Angeles Martínez Esteban, José Joaquín Mira, Luis Montoro, José Muñiz, Nicomedes Naranjo, Conrado Navalón, José Ignacio Navarro Guzmán, Luis De Nicolás, Soledad Ortega Cuenca, Pedro

Pérez García, Marino Pérez Álvarez, Félix Pérez Quintana, José Luis Pinillos, José Antonio Portellano, José María Prieto, Ismael Quintanilla, Francisco Ramos, Jesús Rodríguez Marín, Carlos Rodríguez Sutil, José Ignacio Rubio, Carlos Samaniego, Aurelia Sánchez Navarro, Javier Urra, Miguel Angel Vallejo y Jaime Vila.

### Diseño y Maquetación

Juan Antonio Pez Martínez

### Redacción, administración y publicidad

Juan Antonio Pez Martínez  
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos  
C/ Conde de Peñalver, 45-5<sup>o</sup> Izq.  
28006 Madrid - España  
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15  
E-mail: papeles@correo.cop.es

### Impresión

Intigraf S.L.  
C/ Cormoranes, 14. Polígono Industrial La Estación  
28320 Pinto Madrid

### Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 29 Vol. 2 de Papeles del Psicólogo se han editado 51.300 ejemplares.  
Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

Papeles del Psicólogo está incluida en Psycodoc y en las bases de datos del ISOC (Psedisoc), del DOAJ (Directory of Open Access Journals), Elsevier Bibliographic Database: SCOPUS, Redalyc, Latindex y en IBECs y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos:

<http://www.cop.es>

## Infertilidad y Psicología de la Reproducción Infertility and Reproductive Psychology

# Presentación



La Psicología de la Reproducción es una nueva disciplina de la Psicología de la Salud, y por tanto, un nuevo campo interdisciplinar de actuación para el psicólogo. Esta nomenclatura parte de la denominación utilizada en Medicina o Biología (Medicina o Biología de la Reproducción o Medicina o Biología reproductiva), como lo han hecho otras especialidades de la Psicología que pueden considerarse sanitarias, como por ejemplo la Psicología del trabajo, forense, deportiva, etc. que tienen a su vez sus homólogas en Medicina (Medicina del Trabajo, Medicina Forense, Medicina Deportiva).

La Psicología de la Reproducción debiera prevenir y/o tratar los desajustes psicológicos relacionados con el ciclo reproductivo. Desde la pubertad hasta la vejez, la actuación del psicólogo puede requerirse en cualquiera de las fases reproductivas del ser humano. Desde la adrenaquia<sup>1</sup> a la menopausia<sup>2</sup> son muchos los momentos en los que pueden aparecer alteraciones emocionales y algunas de ellas han merecido especial atención, como por ejemplo, el síndrome premenstrual, la depresión post-parto o la menopausia (Kervasdoué, 1995; Larroy, 2004).

Sin embargo, el núcleo más reciente de estudio y desarrollo científico en Medicina reproductiva, es el relacionado con los problemas derivados de las dificultades para reproducirse: la infertilidad<sup>3</sup> y la esterilidad<sup>4</sup>. En España se estima una tasa de infertilidad del 17% en población en edad fértil, habiendo aumentado en dos puntos desde el año 1999.

Desde el inicio de este nuevo milenio hemos venido defendiendo y demostrando la necesidad de que el psicólogo forme parte de los equipos multidisciplinarios de las Unidades de Reproducción Humana (Moreno-Rosset, 1999, 2000, 2004, Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008). En el año 1999 inicié esta línea de investigación interdisciplinar e interuniversitaria en la que vienen participando profesores de Psicología como Rosario Antequera Jurado (Univ. Sevilla), Alejandro Ávila Espada (UCM), Noelia Flores Robaina (Univ. Salamanca), Enrique García F-Abascal (UNED), Cristina Jenaro Río (Univ. Salamanca), M<sup>a</sup> Dolores Martín Díaz (UNED), entre otros. Los ginecólogos Francisco J. de Castro Pita (Hospital Príncipe de Asturias -Alcalá de Henares- Madrid), Bernabé Hurtado de Mendoza y López (Instituto Ginecológico La Cigüeña -Madrid-) y Antonio Tirado Ruíz (Hospital Virgen Macarena -Sevilla-). Los biólogos Mark Grossmann i Camps (TEKNON de Barcelona) y José Santaló i Pedro (UAB) y la jurista Yolanda Gómez Sánchez (UNED, miembro del Comité Nacional y de la UNESCO de Bioética). Nuestra labor se ha centrado en la investigación directa con parejas infértiles (Moreno-Rosset, 2003, 2007), así como en la formación dirigida a psicólogos, médicos, biólogos, andrólogos, juristas o enfermeras que trabajan en Medicina reproductiva (Moreno-Rosset y Gómez, 2006).

Nuestro empeño en ayudar psicológicamente a las personas que desean tener un hijo y no lo consiguen por medios naturales, no es baladí. Está fundamentado científicamente, como se podrá apreciar a través de los distintos artículos que conforman este monográfico y que presento a continuación, acompañado de un relato novelado, con el fin de que el psicólogo interesado en el tema pueda comprender directamente al paciente.

La infertilidad, como explica al inicio de este monográfico Luis Llavona, representa un impacto estresante en la pareja, una crisis vital y la confrontación con una toma de decisión compleja. Aunque se lleve tiempo intentándolo sin conseguirlo, pocos imaginan que pueden tener un problema de fertilidad. Como se describe en "El Diario de una Fecundación in Vi-

---

*Correspondencia:* Carmen Moreno Rosset. *Facultad de Psicología. Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). C/ Juan del Rosal nº 10. 28040-Madrid. España.*  
*E-mail:* cmorenor@psi.uned.es - *E-mail:* psicologiadelareproduccion@psi.uned.es

<sup>1</sup>Adrenaquia: Despertar puberal de la fracción androgénica de la corteza suprarrenal. En las mujeres tiene lugar entre los 7 y 8 años de edad. En los hombres se produce a la edad de 8 o 9 años.

<sup>2</sup>Menopausia: Desaparición de la menstruación debida al final de la actividad del ovario.

<sup>3</sup>Infertilidad primaria: cuando la pareja consigue una gestación pero no llega a término con un recién nacido sano. Infertilidad secundaria: cuando tras un embarazo y parto normales, no se consigue una nueva gestación a término con recién nacido sano.

<sup>4</sup>Esterilidad primaria: cuando la pareja, tras un año de relaciones sexuales sin anticonceptivos no ha conseguido el embarazo. Esterilidad secundaria: cuando la pareja, tras haber conseguido un primer hijo, no logra una nueva gestación.





tro” (Salvador, 2007) “... con todos los resultados en la mano hemos ido a la consulta del tocólogo para que me hiciera una ecografía... y después de verme a mí nos ha dicho claramente que tendríamos que recurrir al ICSI (inyección introcitoplasmática<sup>5</sup>). Que si teníamos ya pensado un centro (por mi edad la Seguridad Social se descarta) y, al ver que no decíamos nada, él mismo nos ha indicado una clínica. Nos hemos quedado bastante cortados. Por más decidido que lo tengamos, cuando ves que tienes que tomar decisiones te entra un vértigo increíble.”

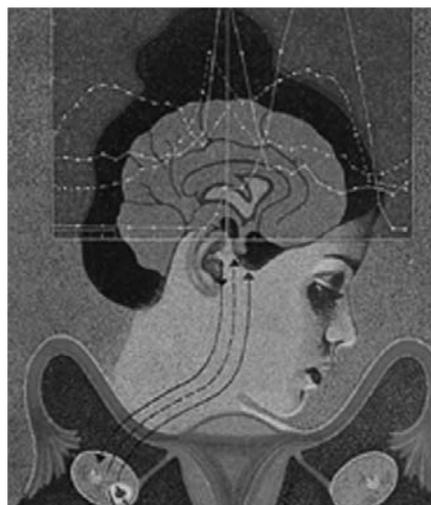
El proceso emocional que conllevan la infertilidad y los tratamientos de reproducción asistida, es tan importante que resulta imprescindible que el psicólogo forme parte del equipo multidisciplinar. En distintos foros hemos comentado la necesidad de nuestra participación profesional desde el momento en que se inician las pruebas para establecer el diagnóstico de infertilidad. La evaluación psicológica de la pareja permite conocer su ajuste emocional, detectar aquellas parejas con riesgo de desarrollar trastornos emocionales y ofrecer la ayuda psicológica adecuada y ajustada en cada caso. El tiempo que se precisa para las pruebas diagnósticas médicas, alrededor de 3 meses, sería tiempo suficiente para solventar cualquier desajuste detectado, o preparar psicológicamente a las parejas con menores recursos para afrontar el proceso de tratamiento médico de la infertilidad. Así lo hemos hecho en nuestra última investigación con resultados muy positivos (Moreno-Rosset, 2007). Además, y viendo la laguna que existía en cuanto a cuestionarios específicos para la evaluación de enfermedades crónicas como la infertilidad, hemos creado el primer instrumento validado y baremado en población española que permite conocer el Desajuste Emocional y los Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno, Antequera y Jenaro, 2008), y que se describe en este monográfico en el artículo de Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores.

Cuando se inicia el tratamiento con técnicas de reproducción asistida, se acentúan las interacciones mente/cuerpo que con todo detalle cuenta Daniel Campagne en su artículo “... el lunes pasado, tras la ecografía, se decidió iniciar el tratamiento hormonal heavy. Sin abandonar el Synarel (supuesto inhibidor, algo que no entiendo por más que me expliquen) y con las recetas en la mano periplo por ¡nueve farmacias! Nos sentimos totalmente gilipollas porque hace justo un mes tenemos las recetas en casa y el tratamiento se tiene que iniciar a las 24 horas.” (op. cit). Efectivamente, el tratamiento de reproducción asistida, se inicia frenando los ovarios para estimularlos de forma controlada, o sea, se desconecta la función ovárica del eje hipotálamo-hipofisario para estimularla a través de fármacos y conseguir un mayor número de ovocitos maduros en un mismo ciclo “... el proceso es sencillo: una inyección diaria en la barriga, intercalando los lados, y sé que la mayoría de las mujeres se las aplican ellas mismas... desde hace unos días me ponen dos inyecciones en lugar de una. El fármaco para estimular el crecimiento y otra

(¡viva la contradicción!) para evitar que ovule. Tengo la barriga fatal, hoy es sábado y me han vuelto a hacer otra ecografía. El lunes voy a hacerme una analítica. Soy un colador.” (op. cit).

Como se puede observar, el tratamiento farmacológico puede provocar alteraciones del estado de ánimo que se añaden a la situación emocional de la mujer y de su pareja, porque “ellos” también están ahí como relata el protagonista del libro de Reyes Salvador “Comenzó el pesado tratamiento para mi pareja. Yo lo encontraba injusto, el problema era mío y las consecuencias debía sufrirlas ella. Aprendió a pincharse y lo hacía en cualquier sitio, lavabos del aeropuerto, de restaurantes, etc. Durante el tratamiento la inyección tenía que ser cada día a la misma hora”. En esta fase de estimulación ovárica pueden aparecer dificultades que muchas veces no han sido explicadas previamente por los médicos y que, por desgracia, suceden a un 9% de los casos. Me refiero a tener que cancelar el tratamiento por mala respuesta ovárica. Cuando se lo dicen a las pacientes, la mayoría siente como si “las malas” fuesen ellas mismas. Piensan: ¿por qué me pasa esto, si lo he hecho todo bien, cada día a la misma hora, todos los días y sin rechistar? Recuerdo una paciente musulmana que venía a la Unidad de Reproducción siempre con su velo puesto y que le cancelaron un ciclo por baja respuesta ovárica. Cuando entró llorando a mi consulta, se sentía desalentada, desanimada, desorientada pues lo atribuía a que estaba haciendo el ramadán. Como puede observarse, la labor del psicólogo es fundamental en todo momento del proceso de tratamiento médico. Esta situación también fue vivida por los protagonistas del relato que estamos exponiendo “El disgusto fue notable y decidimos esperar un tiempo, además debíamos reponer nuestra economía”.

Cuando todo va bien, llega un punto del tratamiento en que la esperanza y el optimismo superan todas las barreras. Me refiero al momento de la extracción de los ovocitos, la fecundación “in vitro” en el laboratorio y la posterior transferencia de embriones al útero. Esta fase del tratamiento tiene una carga emocional tremenda tanto para ella: “mi endometrio está a 10,4 (parece que eso es bueno); y tengo tres folículos de 17, uno de 16, otro de 14... Hoy miércoles a las 20.30h. exactamente, me tienen que administrar por vía intramuscular el HCG (la hormona que paraliza el proceso de crecimiento). El viernes a las 7.30h tenemos que estar en la clínica para la extracción de los folículos. Me sedarán, y una vez extraídos (mientras Paco realiza un autohomenaje para extraer espermatozoides fresquitos –más bien calentitos-) se verá cuantos de ellos se pueden fecundar”, como para él “Paco me ha contado su fantástica experiencia para masturbarse y conseguir el semen... Bueno, pues le dieron mi abrigo y mi bolso (una mano o brazo ocupados) y el pote de marras. ¡Y a buscar un servicio! Por lo visto el primer lavabo que encontró había sido utilizado hacía poco para hacer aguas mayores y el perfume era embriagador, así que búsqueda de un nuevo servicio, planta para arriba, planta para abajo, para dar con uno vacío y más o menos aséptico. Estrecho y



<sup>5</sup>ICSI (inyección introcitoplasmática): Intracytoplasmatic Sperm Injection. Técnica que permite la fecundación de un ovocito mediante la microinyección de un espermatozoide.



*sin pestillo, así que no quiero ni pensar en qué condiciones se produjo la eyaculación”* (op. cit).

No es de extrañar que pasar por todas estas experiencias, altere hasta a la persona con mayor equilibrio del mundo. El artículo de Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila, deja claro que es frecuente encontrar en parejas infértiles un desajuste emocional, que muchas veces se identifica con ansiedad o depresión sin serlo, aunque si bien, con el paso del tiempo, los fracasos, la repetición de intentos, el aumento de la edad, etc., pueden provocar síndromes ansiosos o depresivos. Algunos autores encuentran en este tipo de población una evolución emocional bimodal. Al principio suelen estar más o menos ajustados emocionalmente, al cabo de un tiempo pueden desarrollar trastornos del estado de ánimo y finalmente, la indefensión aprendida les devuelve al estado inicial.

Pero sigamos con el relato. Suponiendo que todo vaya bien en la extracción de ovocitos de la mujer y en obtener la muestra de semen el hombre, al día siguiente la pareja tiene que llamar o le llaman del Laboratorio de Reproducción para saber si los óvulos han fecundado y cuantos son viables, es decir, cuantos finalmente pueden transferirse al útero “*Nos indicaron que estuviéramos atentos al móvil porque nos llamaría un biólogo para explicarnos la evolución. Amigas que han pasado por lo mismo que yo me habían contado que utilizaban los calificativos de precioso y bonito, y yo la verdad es que no me lo creía. ¡Pues es verdad! ¡El biólogo me habla de óvulos como si fueran bebés! De los cinco uno no ha prosperado y cuatro se han fertilizado*”. (op. cit). Efectivamente, la llamada al laboratorio para saber si han prosperado o no los embriones es un estresor más que se añade al engranaje. He visto, personalmente, llorar a muchas mujeres por no haber conseguido ninguno, después del esfuerzo tanto físico, psíquico como económico, de pareja e incluso laboral... Tanto esfuerzo para nada! Y es verdad. En función de cómo se dividan las células, los biólogos suelen llamar a los embriones guapos o feos. Este es, de todas formas, otro tema, el del lenguaje que utilizan los médicos, enfermeras, biólogos, etc., que puede tener un impacto emocional negativo, aunque la forma gramatical sea correcta.

Cuando se realiza la transferencia embrionaria, muchas mujeres piensan que ya tienen a su bebé dentro de ellas, y no es así, solamente tienen unas células que están empezando a dividirse y todavía falta saber si dentro del útero continuará correctamente la división o no y en caso afirmativo si anidará o no, aspecto que todavía no controla la Medicina de la Reproducción. Sin embargo, el día de la transferencia es una fiesta para la pareja, es una oportunidad de conseguir el hijo tan deseado y cuando se les indica que pasen a la sala se abre todo un mundo de esperanzas “*Me llaman, veo en la misma sala de espera a una de las parejas que estaban el día de la extracción. Me aturdo, nos abrazamos... ¡vamos allá! Es el laboratorio. Por fin fotos de bebés. Neveras, microscopios, mucha gente para tan poco espacio y un pequeño box con una camilla... por fin, el médico se coloca a mi lado... He visto una larguísima y estrechísima pipeta de plástico blanco con final en forma de anzuelo. Entra limpia en la vagina, molestias como una ecografía y nada. Una enfermera extiende más la camilla, me dobla las piernas y me cubre con una manta ligera. Debo estar así por lo menos media hora. Voy repitiendo como un mantra: “Agarraos, agarraos, agarraos”. Prometo no respirar, no pacer pipí, no hacer caca, no moverme, no hablar. Quiero reducirme a vegetal para que hagan raíces en mi vientre, para que no me dejen vacía, para que crezcan y me llenen hasta hacerme explotar. “Agarraos, agarraos”... (op. cit).*

Y después de la transferencia de embriones se manda a la pareja a

casa. Es la fase de “espera de resultados” en la que la labor del psicólogo debe intensificarse porque la del médico desaparece por completo, dejando en muchas mujeres una sensación de abandono y desamparo, pues en la fase de estimulación ovárica han tenido que estar yendo repetidos días de todas las semanas para el control ovárico y hormonal. Son por tanto dos semanas altamente estresantes y obsesivas como nos cuenta la protagonista de la op. cit. “*Ahora quedan las dudas, la incertidumbre, la espera, el miedo. ¡Tantas sensaciones...! Estoy segura de que voy a conseguir un embarazo, pero debo blindarme contra el fracaso. Pensaba que la espera no sería tan larga; que si no se producía la implantación la regla aparecería rápidamente. Miro mis bragas constantemente –ahora las llevo siempre blancas para estar atenta a cualquier señal-, pero no es así... Me aconsejan en la clínica que de no aparecer la regla el fin de semana pida una prueba de sangre el lunes. Estas dos semanas han sido desesperantes. Observo mis pechos, mis secreciones... ¡si pudiera metería la cabeza en mi vagina!... ¿Estaré embarazada? ¿De cuántos? ¡Eso no se sabe con un análisis de sangre! ¿Tendré un embarazo gemelar, de trillizos, ectópico, los perderé antes de llegar al tercer mes? La espera de estas últimas semanas me está matando. Ya no me acuerdo de las molestias ni de todo por lo que he tenido que pasar... ¡eso es peor! Estoy paralizada, no puedo pensar en otra cosa*”.

Este proceso emocional que acabamos de explicar apoyándonos en un relato real, aún puede ser más complejo en los tratamientos de reproducción asistida en que es necesario donantes de gametos. Entonces se trata de una reproducción asistida con intervención de terceros, en los que entran en juego otros valores personales y morales de la pareja. En estos casos es necesario recolocar muchas más variables ¿quién y cómo será él? ¿se parecerá más a él que a mí? (en el caso de necesitar un donante de semen), o al revés ¿quién será ella? ¿a quién se parecerá mi bebé? ¿se lo diré algún día? ¿se lo decimos a tus padres, a los míos? ¿guardamos el secreto?. Y además la ley permite que las parejas que se han sometido a reproducción asistida puedan donar embriones sobrantes para que los utilicen otras parejas que los precisen, en cuyo caso, se podría asimilar a una adopción, con la diferencia fundamental de que la adoptante puede experimentar el embarazo y nacimiento como si fuese su hijo genético. En todos estos casos en los que los avances científicos y legislativos permiten que personas que no podrían tener ninguna posibilidad de engendrar un hijo, lo consigan, también es cierto que estas nuevas situaciones familiares provocan desconcierto, dudas, miedos, ideas irracionales, pensamientos racionales y muchos sentimientos que pueden encauzarse con la ayuda de la Psicología.

Por consiguiente es necesaria la intervención psicológica en este nuevo campo de la Psicología de la Salud. No sólo porque quizá pueda llegar a aumentar el éxito de los tratamientos médicos sino por la propia calidad de vida de estos pacientes que sufren tanto o más que otros pacientes con enfermedades crónicas mortales. De ahí la relevancia profesional del artículo de Ávila y Moreno-Rosset, en el que se ofrece orientaciones para un protocolo de actuación clínica. En su trabajo han tenido en cuenta tanto la información proporcionada por autores de relevancia en este campo, como la propia experiencia derivada del contacto directo con pacientes a través de los proyectos I+D+I (Moreno-Rosset, 2003, 2007).

Finalmente cabe destacar que en todo el proceso, con independencia de que el origen diagnóstico sea femenino, masculino, mixto o idiopático, la pareja sufre y dependiendo del grado de



equilibrio y ajuste, en ocasiones no soporta una presión tan elevada lo que puede llevar a una intensificación de problemas no resueltos y desembocar incluso en una separación. También pueden aparecer dificultades que ellos mismos desconocían. Por supuesto, las relaciones sexuales se ven alteradas en gran medida, primero manteniéndolas con o sin ganas para conseguir el objetivo deseado, luego cuando acuden a las Unidades de Reproducción, llevándolas a cabo sólo los días prescritos. Es como si se dejara en manos de la medicina esa relación sexual, ya que no se necesita para poder conseguir un hijo. Por ello, muchas veces expresan a los médicos su necesidad de volver a retomar una relación íntima “*Le he preguntado con un poco de vergüenza, si podíamos tener relaciones sexuales. Tal vez no sea la persona indicada, pero es la que tengo ahora al otro lado del teléfono, y ya está visto que en estos procesos de fecundación lo que menos se hace es el amor. No es que tenga unas ganas locas de sexo, pero en las últimas semanas hemos ido al dictado: tantos días para el espermatozoides sean maduros para el día de la extracción... Además, si todo va bien, no sé cuándo podremos tener relaciones sexuales. Quiero, queremos que nuestra relación de pareja no se resienta.*”. Incluso los problemas pueden aparecer más a largo plazo, como cuenta, Paco, protagonista de la historia “*Desde que supe lo de mi infertilidad, hasta ese momento habían pasado aproximadamente cuatro años, dejamos pasar un tiempo antes del nuevo intento pues mi mujer tuvo alguna secuela debido a los dos tratamientos anteriores. A mediados del año 2000 comenzamos a tener problemas de pareja. Creo que en parte debido a no poder tener hijos, y dos años más tarde nos separamos*”. Este relato no es ficción, es una probabilidad cierta como también lo es la posibilidad de aprovechar la vivencia de la infertilidad para crecer y aumentar la cohesión de pareja. Pero, cada día más las parejas acuden a las consultas privadas de psicología en busca de ayuda, por lo que es necesario que el psicólogo tenga una buena formación en terapia de pareja, aspecto que tratan en profundidad Flores, Jenaro y Moreno-Rosset en este monográfico.

Para terminar, parece claro que la Infertilidad es un tema central de la Psicología de la Reproducción, motivo por el que hemos seleccionado los distintos temas a tratar en la presente publicación, intentando ofrecer una visión amplia y profesional para los psicólogos interesados en el tema. También hemos escogido la novela de Reyes Salvador por ser de reciente aparición, y por reflejar con toda claridad y realidad el proceso emocional tan profundo que acompaña a la infertilidad y su tratamiento. El psicólogo que quiera profundizar más en este proceso puede consultar textos como los de Bayo-Borràs, Cànovas y Sentís, 2005; Guerra, 1998; Kittel, 2007; Moreno-Rosset, 2000; Tubert, 1991, 1996; o libros con relatos como los de Pérez-Aranda, 2000, Smolowe, 1998 o Yago, Segura e Irazábal, 1997.

Como todo nuevo campo profesional, los inicios no son fáciles y aún menos en temas de salud, cuya enfermedad primaria (la infertilidad) debe ser tratada por los médicos. Aunque la multidisciplinariedad parece ser aceptada y recomendada por los organismos sanitarios, todavía queda mucho recorrido hasta que se ofrezca a los pacientes una atención a su salud cuerpo/mente, como la propugnada por la OMS. Sin embargo, pensamos que “el camino se hace al andar” por lo que los autores de este monográfico que hemos empezado esta andadura, esperamos estar aportando información y formación relevantes a los profesionales de la Psicología sobre uno de los temas centrales de la Psicología de la Reproducción, como es la infertilidad.

## REFERENCIAS

- Bayo-Borràs, R., Cànovas, G. y Sentís, M. (2005). *Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida*. Barcelona: Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya.
- Guerra, D. (1998). *Cómo afrontar la Infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta, S.A.
- Kervasdoué, A. (1995). *Cuestiones de Mujeres*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kittel, M. (2007). *Cuida tu fertilidad*. Barcelona: Debolsillo.
- Larroy, C. (2004). *Trastornos específicos de la mujer*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Moreno-Rosset, C. (1999). La Psicología al servicio de la Reproducción Asistida. *Boletín de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF)*, 8 (2), 2-6.
- Moreno-Rosset, C. (2000). (Dir) *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C. (2003). Memoria Final del Proyecto I+D+I *Consecuencias psicológicas y psicosociales de los tratamientos de infertilidad en las mujeres: evaluación e intervención*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 11/00.
- 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. (2007). Memoria Final del Proyecto I+D+I *La infertilidad en la mujer: aspectos psicosociales y neurobiológicos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 28/03.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2008). *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. Premio TEA Ediciones, 2007. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- 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 Gómez, Y. (2006). (Dir) *Curso de Especialista Universitario en “La Reproducción Asistida: aspectos psicológicos, médicos y legales (un nuevo futuro profesional)”* (6ª edición). Madrid: Programa de formación del área de Ciencias de la Salud. UNED. [www.uned.es/pfac-s-reproduccion-asistida](http://www.uned.es/pfac-s-reproduccion-asistida).
- Pérez-Aranda, B. (2000). *La estación de las siembras. Los caminos para vencer la infertilidad*. Madrid: Espasa Calpe, S.A. (recensión del libro por Moreno-Rosset, C. (2000). En *Informació Psicológica. Revista Cuatrimestral del Col·legi Oficial Psicòlegs del País Valencià*, 73, 83).
- Smolowe, J. (1998). *El deseo de tener un hijo*. Buenos Aires, Argentina: Vergara.
- Tubert, S. (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre*. Madrid: Ediciones Cátedra, S.A.
- Yago, Teresa, Segura, Javier e Irazábal, Emilio (1997). *Infertilidad y reproducción asistida. Relatos de parejas entre el sufrimiento y la esperanza*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.

*Carmen Moreno Rosset*  
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)



## EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA INFERTILIDAD

### THE PSYCHOLOGICAL IMPACT OF INFERTILITY

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.

**E**l 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 proporción 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](mailto: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 Nieuwenhuysse, 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 Nieuwenhuys, 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.

## PRINCIPALES TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA INFERTILIDAD

### PRINCIPAL PSYCHOLOGICAL DISORDERS ASSOCIATED WITH INFERTILITY

Rosario Antequera Jurado<sup>1</sup>, Carmen Moreno-Rosset<sup>2</sup>, Cristina Jenaro Río<sup>3</sup>  
y Alejandro Ávila Espada<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Sevilla. <sup>2</sup>Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). <sup>3</sup>Universidad de Salamanca

<sup>4</sup>Universidad Complutense de Madrid

*A pesar de que la infertilidad presenta una serie de peculiaridades en comparación con el resto de las enfermedades crónicas (no hay sintomatología asociada, no hay limitaciones físicas, no representa una amenaza para la supervivencia), su diagnóstico y tratamiento genera alteraciones emocionales similares a las de otras afecciones médicas. En este artículo, revisamos la naturaleza, la prevalencia y el curso de las mismas a lo largo del proceso de diagnóstico y tratamiento de reproducción asistida, resaltando la elevada variabilidad interindividual, la necesidad de diferenciar entre desajuste emocional y alteración psicopatológica, la existencia de un elevado porcentaje de parejas que no padecen dichas alteraciones o que disponen de los recursos adaptativos necesarios para superarlas y, por último, la conveniencia de profundizar en las variables que nos ayuden a detectar a las parejas de "alto riesgo".*

**Palabras claves:** Infertilidad, Psicopatología, Alteración emocional, Ansiedad, Depresión.

*Although infertility has some unique characteristics when compared to other chronic diseases (there are no associated symptoms, no physical limitations and there is no threat to survival), its diagnosis and treatment causes emotional disorders similar to those of other medical conditions. In this paper we review the nature, prevalence and process of such emotional disorders during the diagnosis of infertility and the treatment with assisted reproduction techniques. We emphasize the high interpersonal variability, the need to differentiate between emotional maladjustment and psychopathological disorder, and the existence of a high percentage of couples without emotional disorders or with adaptive resources to cope with infertility. Finally, we stress the need for further studies that would allow the identification of "high risk" couples.*

**Key words:** Infertility, Psychopathology, Emotional disorder, Anxiety, Depression.

#### LA INFERTILIDAD: UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

La aparición de una enfermedad crónica genera un elevado impacto emocional en quienes la padecen, tal y como ha sido reiteradamente puesto de manifiesto por los profesionales de la psicología que ejercen su labor asistencial, docente o investigadora en el ámbito de la salud y la enfermedad. Son varios los parámetros que determinan la aparición de estas reacciones emocionales, entre los que destacan, el conocimiento de padecer una enfermedad sin reversibilidad total, el tener que someterse a un tratamiento de por vida (con sus secuelas e inconvenientes), la potencial amenaza a la propia supervivencia y las limitaciones que imponen en la vida cotidiana.

La Organización Mundial de la Salud incluye a la infertilidad dentro de las enfermedades crónicas. Pero es evidente que posee unos matices que, a nuestro parecer, la diferencia del resto de padecimientos físicos: no afecta

a la funcionalidad de ningún órgano y, por tanto, no impone limitaciones físicas a quienes la padecen, no hay sintomatología ni dolor asociado a la misma, no existe una amenaza real a la propia vida y las parejas pueden elegir libremente someterse o no a tratamiento ya que su evolución no supone peligro alguno para la supervivencia. Pero la realidad clínica nos demuestra que, a pesar de todo esto, las parejas con problemas de infertilidad, presentan reacciones emocionales ante su enfermedad que han sido incluso igualadas a las que presentan pacientes con patologías como la oncológica (Domar, Zuttermeister y Friedman, 1993). No es el objetivo de este trabajo, el analizar los motivos o las causas de la aparición de las mismas, sino centrarnos en la naturaleza, la prevalencia, el curso y las variables psicosociales que pueden modular su aparición.

No obstante, antes de pasar a analizar estos aspectos, hemos de realizar algunas consideraciones que matizarán el significado y las implicaciones de lo que a partir de aquí comentaremos. La primera de ellas, y que por obvia no deja de ser determinante, es que los sujetos con problemas de infertilidad no constituyen un grupo homo-

Correspondencia: Rosario Antequera Jurado. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla. C/ Camilo José Cela, s/n. 41008- Sevilla. España. E-mail: raj@us.es

géneo. Existen numerosas variables personales y médicas que inciden en el impacto y las consecuencias de la infertilidad (véase Llavona en este mismo número). Destacan en este sentido, las variables sociodemográficas, que determinan la existencia de notables diferencias en función de:

- a) **El género:** las mujeres encuentran mayores dificultades para aceptar y acomodarse a la idea de que una pareja sin hijos constituye una familia y presentan más ideas obsesivas sobre la gestación y la concepción de un hijo, con una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva.
- b) **La edad.** En el ámbito de la reproducción asistida el tiempo, o mejor dicho, su transcurso, se convierte en un potente estresor: las parejas son conscientes de que conforme se incrementa la edad, la fertilidad biológica disminuye y, por consiguiente, el devenir del tiempo y la mayor edad incrementa sus niveles de estrés (especialmente de la mujer) (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008).
- c) **La presencia de otros hijos** se convierte en un amortiguador de las reacciones emocionales consecuentes al diagnóstico de infertilidad. Esto no significa que las parejas con hijos con dificultades para conseguir una nueva gestación, no experimenten también reacciones negativas, con mayor intensidad si alguno de ellos no es el padre o la madre biológica.

Otro grupo de factores que inciden en el impacto de la infertilidad, están constituidos por las características y la naturaleza de la enfermedad y del proceso de tratamiento. El **tipo de infertilidad** modula el impacto emocional que experimentan las parejas en el momento del diagnóstico, con notables diferencias en función del género: los hombres muestran mayor afectación cuando el diag-

nostico que se establece es de causa masculina mientras que las reacciones femeninas no dependen tanto de la etiología de la enfermedad (Dhillon, Cumming y Cumming, 2000; Nachtigall, Becker y Wozny, 1992). Pero tanto para hombres como para mujeres, el diagnóstico de infertilidad idiopática, con sus elevadas tasas de incertidumbre, genera un impacto cualitativamente diferente a los restantes. El **tiempo que la pareja lleva implicada en el proceso de diagnóstico y tratamiento** se relaciona con los niveles de frustración y tensión (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008) así como con la modificación de los recursos adaptativos. Lógicamente cuanto mayor es el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico, más probable es que la pareja haya comenzado o experimentado ya la aplicación de **varios ciclos de tratamientos**, cada uno de los cuales representa un nuevo estresor, en que la pareja vivencia la esperanza de conseguir su deseo y las emociones negativas por no lograrlo. En función de ello, van modificando sus expectativas y sus recursos de afrontamiento.

Por último, y entre las variables que convierten a las parejas infértiles en un grupo heterogéneo, destacamos a las **poliabortadoras** (aquellas que experimentan dos o más abortos repetidos) que constituyen una población con características propias y diferenciales. Es innegable que la vivencia y la experiencia de sucesivos embarazos que no llegan a fin y que pueden malograrse tanto en los primeros meses del embarazo como incluso a los 6 o 7 meses, genera mayor impacto emocional que la no consecución del mismo. No olvidemos que para la pareja y especialmente para la mujer, el cigoto que empieza a dividirse es sentido, conceptualizado y vivenciado como su hijo y, por ello, cualquier aborto que se produce es una pérdida de "quien pudo llegar a ser". Pero también es indudable que la esperanza y la ilusión se van incrementando conforme transcurren los meses de gestación y, por tanto, la pérdida y las reacciones consecuentes a la misma son mayores.

Hemos igualmente de considerar que las reacciones y el estado emocional de las parejas con problemas de infertilidad no son estáticas sino que van evolucionando y modificándose conforme se van sucediendo los ciclos de tratamiento. De tal manera que no tiene la misma cualidad el estado emocional que acompaña a la realización de las pruebas diagnósticas, que el que sigue al momento de recibir el diagnóstico. De igual forma, el estado emocional al comenzar los tratamientos es distinto al que se produce cuando éstos no tienen éxito, o cuando hay

TABLA 1

VARIABLES MODULADORAS DEL IMPACTO DE LA INFERTILIDAD

Variables moduladoras del impacto de la infertilidad	
1.- Características sociodemográficas	<b>Edad:</b> a mayor edad, mayor impacto <b>Género:</b> menor adaptación entre las mujeres <b>Hijos:</b> el impacto es menor si la pareja tiene otros hijos
2.- Características de la enfermedad y el tratamiento	Diagnóstico específico Tiempo intentándolo Número de tratamientos recibidos
3.- Presencia de múltiples abortos	

que volver a iniciarlos,... Son precisamente las características de esta enfermedad (que gira alrededor del "deseo de lo inexistente") y el tratamiento lo que convierte las reacciones emocionales de estas parejas en específicas y diferentes a las que presentan otros enfermos crónicos. Aparece lo que podríamos denominar un "carrusel de emociones" tanto negativas como positivas que se suceden alternativamente y en un corto periodo de tiempo. En el resto de las enfermedades crónicas se suelen diferenciar distintos momentos de adaptación a la enfermedad que van matizando y propiciando la aparición o disminución de las alteraciones emocionales: la primera adaptación se suele producir a los seis meses del diagnóstico y la segunda al año. Pero en el caso de la infertilidad, cada inicio de tratamiento representa un comienzo y cada fracaso, un final. Así, a la ilusión, la esperanza o el optimismo que presentan las parejas cuando inician los tratamientos, se sucede la preocupación, la obsesión y casi la hipocondría mientras esperan los resultados del tratamiento y la desilusión, la tristeza y la frustración cuando el tratamiento no ha tenido éxito. Esta alternancia de emociones se repite con cada ciclo de tratamiento, y genera un desgaste emocional y un sufrimiento peculiar e idiosincrático de las parejas con problemas de infertilidad.

En el desarrollo de la Psicología de la Reproducción, las alteraciones emocionales de las parejas infértiles no sólo han sido entendidas como una consecuencia de la enfermedad sino también como su causa, especialmente en la denominada infertilidad idiopática (aquella que se produce sin que se detecten problemas funcionales en el aparato reproductor femenino o masculino). Estos trabajos parten de la teoría psicodinámica, recogida por la medicina psicosomática y posteriormente reformulada bajo los principios teóricos del estrés (Facchinetti, Demyttenaere, Fioroni, Neri y Gennazzani, 1992). La relación entre estrés y capacidad reproductiva ya fue puesta de manifiesto por el propio Selye (1950) quien observó la aparición de atrofia ovárica en ratas que habían sido expuestas a una variedad de estímulos estresantes. Sin embargo y aunque se considera demostrada la relación entre estresores físicos (como la malnutrición o el ejercicio) y la función reproductiva, el papel que juegan los estresores puramente psicosociales permanece sin ser plenamente establecido debido, al menos en parte, a las dificultades para diferenciar entre causa y efecto (Fassino, Piero, Boggio, Piccioni y Garzaro, 2002). Y ello a pesar de la constancia de observaciones clínicas que

apuntan hacia la existencia de esa relación. Un ejemplo lo constituirían las parejas, que tras ser sometidas a los tratamientos de reproducción asistida sin éxito, cuando están inmersas en el proceso de adopción o ya tienen un hijo adoptivo, consiguen de manera espontánea el embarazo y el hijo biológico. Recientemente, Fassino et al. (2002) retoman la idea de la existencia de una personalidad (compuesta por dimensiones estrechamente vinculadas a las alteraciones emocionales) que predispone a la infertilidad. Concretamente afirman que la triada conformada por elevados niveles de ansiedad, depresión y una tendencia a la represión de la ira predice el 97% de los casos de infertilidad funcional. Resultados acordes con los postulados de las teorías psicosomáticas.

### ALTERACIONES EMOCIONALES ANTE EL DIAGNÓSTICO

En el momento de conocer el diagnóstico y casi con independencia del tipo de enfermedad crónica que consideremos, los sujetos suelen experimentar alteraciones emocionales que han sido interpretadas: 1) como una reacción normal, 2) como un cuadro psicopatológico, 3) como una reacción anticipatoria de duelo, especialmente en aquellas enfermedades con un pronóstico mortal y 4) como un síntoma más del proceso morboso.

Son las dos primeras posibilidades las que han suscitado mayor polémica. Es frecuente encontrar referencias sobre la aparición de trastornos depresivos y ansiosos en pacientes seropositivos, oncológicos, diabéticos, con alteraciones cardiovasculares, etc. (Fisher, Thorpe, Devellis y Devellis, 2007; Oxlad y Wade, 2008; Pence, Miller, Gaynes y Eron, 2007; Power, Brown y Ritvo, 2008), así como en infértiles (Castro, Borrás, Pérez-Pareja y Palmer, 2001; Moreno-Rosset, 2000; Verhaak, Smeenk, Evers,

**TABLA 2**  
**CONSIDERACIONES SOBRE LAS ALTERACIONES EMOCIONALES EN PAREJAS EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

Consideraciones sobre las alteraciones emocionales en parejas en reproducción asistida
✓ Las parejas con problemas de infertilidad no constituyen un grupo homogéneo
✓ La evolución de las alteraciones emocionales está determinada, al menos en parte, por la propia evolución de los tratamientos
✓ No siempre estas alteraciones cumplen criterios clínicos que permitan considerarlas como entidades clínicas. Esto tiene notables implicaciones en la evaluación y tratamiento psicológicos
✓ Existe un notable grupo de parejas que no presentan alteraciones emocionales

Kremer, Kraaimaat y Braat, 2007), pero varía en función de cada autor la consideración de esas alteraciones como síntomas depresivos y/o ansiosos reactivos y temporalmente limitados y quienes lo clasifican como alteraciones clínicas. Para Ibáñez (1991) esta situación es el resultado de haber soslayado el componente emocional de los estados depresivos y considerarlos únicamente en su versión psicopatológica *"Por lo general se ha tendido a olvidar que la depresión, bien como síndrome o como respuesta a determinadas situaciones, es una emoción o, al menos, tiene un fuerte componente emocional. Este olvido, parece haber llevado a los clínicos a centrarse más en el análisis de los procesos patológicos de la depresión que en los componentes emocionales de la misma"* (pág 40).

Siguiendo esta misma línea argumental, consideramos que la sintomatología depresiva y ansiosa que aparece frente al diagnóstico y tratamiento de reproducción asistida se encuadra en el concepto de **desajuste emocional** mejor que en el de alteración psicopatológica (véase en este mismo número el trabajo de Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores). Sin embargo, es frecuente encontrar una confusión entre ambos términos en las investigaciones sobre el tema. De manera que se suele hablar de "depresión" o "ansiedad" considerándolas como entidades clínicas, cuando han sido detectados exclusivamente a través de cuestionarios y medidas de autoinforme, creadas para la valoración de la intensidad o las modificaciones de las alteraciones emocionales y, por tanto, sin capacidad diagnóstica. Y aún así, cuando las puntuaciones obtenidas se comparan con la población normativa, no siempre alcanzan diferencias estadísticamente significativas o, en todo caso, no llegan a alcanzar el punto de corte indicativo de una puntuación anormalmente elevada, como asimismo destaca Llavona en este mismo monográfico. Por tanto, es de enorme utilidad la reciente creación en España del (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008), porque evalúa tanto los aspectos negativos de la infertilidad (Desajuste Emocional) como positivos (Recursos Adaptativos) y, además, está validado en población infértil, eliminando los posibles sesgos que pueden tener la aplicación de instrumentos con estándares obtenidos en población general.

Sin embargo, el escaso número de pruebas validadas para aplicar a personas infértiles, justifica el que en los trabajos de investigación se utilicen los cuestionarios clásicos de ansiedad y depresión para evaluar las consecuencias del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad

y, además, no se suele estudiar aspectos positivos como por ejemplo, el bienestar psicológico. Sirva como ejemplo, el estudio realizado por Ardeni, Campari, Agazzi y Battista (1999), uno de los escasos trabajos en los que se evalúa junto a las repercusiones emocionales, aspectos de bienestar y personalidad y en el que se define aspectos positivos de las mujeres que reciben tratamientos de FIV como *"firmemente ancladas en la realidad, orientadas hacia el presente y con una actitud positiva hacia la vida; no hay signos de hipocondría o ansiedad con respecto a su integridad física. No muestran alteraciones en la autonomía o en la integración del yo ni problemas en la adaptación social o de comunicación. No están presentes los pensamientos depresivos pero si los de esperanza, con equilibrio entre el optimismo y el pesimismo y una adecuada capacidad para controlar sus emociones. No muestran sentimientos de malestar ante lo desconocido"*. A pesar de ello, a lo largo de su trabajo, los autores analizan la "ansiedad" y su relación con variables tales como el diagnóstico, las distintas fases de los tratamientos o el tiempo de duración de los mismos.

Otros estudios (Oddens, Den Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1999) comparan los niveles de ansiedad o depresión que presentan las parejas infértiles frente a las parejas con hijos y concluyen que existen mayores niveles de humor depresivo. Resultados similares encuentran Ozkan y Baysal (2006) al comparar los niveles de ansiedad entre una muestra de mujeres infértiles con un grupo control de mujeres con hijos, encontrando que el grupo de personas infértiles presentan puntuaciones de ansiedad significativamente superiores. El mismo resultado ha sido encontrado en población española por Moreno-Rosset y Martín (2008).

Chen, Chang, Tsai y Juang (2004) analizan la existencia de alteraciones psiquiátricas (no sólo ansiedad y depresión) en parejas que acuden a una Unidad de Reproducción Asistida. Una de sus principales aportaciones es haber realizado la exploración psicopatológica a través de entrevista diagnóstica y no exclusivamente en función de las puntuaciones que los sujetos obtienen en cuestionarios. Los resultados muestran que el 40,2% de la muestra presenta, al menos, un trastorno psicopatológico. Efectivamente, los cuadros depresivos y los de ansiedad son los de mayor prevalencia. Los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes (28,6% de las mujeres que integran su muestra) predominando los trastornos de ansiedad generalizada (81,2%). Con una prevalencia similar, se sitúan los trastornos del humor

(26.8% de las pacientes); el 63,3% eran cuadros de depresión mayor y el 36,7% restante de distimia. Otro de los resultados a destacar es el bajo porcentaje de mujeres con diagnóstico psiquiátrico que habían consultado a profesionales de la salud mental (tan sólo el 6,7%) un dato que ya había sido puesto de manifiesto en estudios anteriores (Boivin, Scanlan y Walker, 1999). Los propios autores plantean la posibilidad de que exista un sesgo cultural en sus resultados, ya que hay notables diferencias en la importancia que las distintas sociedades conceden al tener o no descendencia.

La depresión y la ansiedad se han convertido en un tópico cuando hablamos de la psicopatología que caracteriza a las parejas en reproducción asistida. Pero también es cierto que los trabajos publicados sobre el tema, se centran casi exclusivamente en la detección y estudio de estas dos alteraciones, siendo pocos los estudios que especifiquen el momento preciso de las evaluaciones psicológicas (diagnóstico, fases del tratamiento, resultados o repeticiones de tratamientos). Y es lógico que tan sólo se encuentre aquello que se busca. Al realizar la búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline, Serfile, CAB Health, PsycINFO, desde el año 1980 hasta la actualidad encontramos, al utilizar como descriptores "infertility" and "psychopathology" 21 artículos; con el descriptor "personality disorder", 2 artículos; con "psychosis" 2 artículos, con "sexual disorder" 1 artículo; con "eating disorder" 10 artículos, con post traumatic stress disorder" 1 artículo; con "anxiety" 134 y con "depression" 129 artículos. No hemos encontrado ningún artículo con los descriptores "dissociative disorder", "obsessive compulsive disorder" o "somatoform disorder"

### ALTERACIONES EMOCIONALES DURANTE LOS TRATAMIENTOS

Los notables avances técnicos y médicos han generado en la población general elevadas (e irreales) expectativas sobre la eficacia de los tratamientos de reproducción asistida. En un momento histórico en el que es posible la clonación de un ser vivo ¿cómo no va a ser posible ayudar a parejas sanas a que puedan tener hijos?. Esta actitud, que también comparten quienes acuden a las unidades de reproducción asistida, incrementa notablemente las expectativas y hace que se interpreten los tratamientos como la panacea para satisfacer el deseo de tener un hijo. En los primeros momentos del diagnóstico de la enfermedad, esta creencia ayuda a las parejas a acomodarse y adaptarse a la agresividad de los proce-

dimientos médicos así como a su interferencia en la vida privada y en la dinámica cotidiana. En realidad, la confrontación con la idea de que no es posible tener un hijo biológico resulta más disruptora y ansiógena que el malestar que se deriva de los tratamientos. Los tratamientos se convierten así, en un complemento del propio sujeto, que incrementa su capacidad reproductiva y compensa su sentimiento de "inferioridad del órgano" (Ardenti et al, 1999). Se ha señalado igualmente que los avances en los tratamientos de reproducción asistida (como por ejemplo, la fecundación in vitro con inyección intracitoplasmática (FIV-ICSI) disminuyen los niveles de ansiedad e incluso de depresión en las parejas, ya que incrementa su percepción de que suponen una solución a sus problemas y a sus anhelos de paternidad y de maternidad (Holter, Anderheim, Bergh y Möller, 2007)

Aunque existen distintos tipos de tratamientos de reproducción asistida, la mayor parte de los conocimientos adquiridos por la psicología de la reproducción se centran en las consecuencias y la adaptación de parejas infértiles que están recibiendo tratamientos de fecundación in vitro (FIV). Un tratamiento que puede repetirse durante años, sucediéndose los fracasos terapéuticos. La influencia que ejercen en el estado emocional de las parejas no sólo aparecen a largo plazo, sino que las emociones negativas pueden evolucionar a lo largo de la aplicación de un solo ciclo de FIV. Así, de manera genérica, se elevan, en relación al nivel basal, durante la punción para la extracción de oocitos y la transferencia embrionaria y se incrementan aún más cuando el ciclo no es exitoso. Pero si la mujer no dispone de un número suficiente de óvulos maduros para realizar la punción y, por tanto, no se puede finalizar el ciclo de tratamiento, los niveles de ansiedad y estrés se elevan, incluso cuando se compara con la fase de extracción de oocitos y de transferencia de embriones (Slade, Emery y Lieberman, 1997).

Son numerosos los estudios que confirman la existencia de elevados niveles de ansiedad tras los fracasos terapéuticos, e incluso se ha señalado la aparición de ideación suicida en la cuarta parte de las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida (Baram, Tourtelot, Muecheler y Huang, 1988). El mayor impacto emocional tiene lugar tras el primer ciclo de tratamiento y puede persistir durante semanas (Newton, Hearn y Yuzpe, 1990), si bien tanto la aparición de estas alteraciones como la intensidad de las mismas están determinadas por variables individuales, tales como la predisposición a la ansiedad o la presencia de síntomas

depresivos antes del tratamiento (Ardenti et al, 1999). No debemos olvidar la influencia que los fármacos pueden tener en la aparición de sintomatología depresiva. Es lo que ocurre, por ejemplo, con los agonistas de las hormonas liberadoras de gonadotropina (utilizadas para disminuir las lesiones del endometrio y la aparición del dolor asociado a la endometriosis por supresión de las hormonas ováricas) cuya utilización puede generar cuadros depresivos en porcentajes que oscilan entre el 23% y el 54%, labilidad emocional en el 60% y disminución de la libido en el 61%. En ocasiones estos cuadros depresivos cursan con ansiedad o incluso con sintomatología psicótica (TAP Pharmaceutical Inc, 1995, Zeneca Pharmaceutical, Warnock, Bundren y Morris, 2000).

Hemos de resaltar nuevamente, las diferencias que, en función del género, se producen en el impacto emocional y la aparición de alteraciones psicopatológicas como consecuencia de los tratamientos. Los hombres mantienen mejores niveles de equilibrio emocional que las mujeres, sin que en algunos estudios (Dhillon et al, 2000) se detecten diferencias en el nivel de bienestar emocional entre hombres en tratamiento de inseminación y quienes están esperando un hijo. En realidad, parece que el desajuste emocional se encuentra más relacionado con *la percepción de amenaza a la propia masculinidad o los sentimientos de fracaso en el cumplimiento de rol* que con el diagnóstico o el tratamiento (Mahlstedt, 1994). A pesar de los escasos niveles de alteraciones emocionales que presentan los hombres con problemas de infertilidad, un porcentaje relativamente elevado de ellos (entre el 24% y el 33%) manifiestan, tras la aplicación de un ciclo de tratamiento sin éxito, que sería útil recibir ayuda y apoyo psicológico, lo que nos indica que los tratamientos de infertilidad, independientemente de su papel como detonante de psicopatología, suponen un acontecimiento estresante que conlleva un elevado gasto de energía y supone continuos esfuerzos por mantener el equilibrio emocional (Holter et al, 2007).

En lo que se refiere a los efectos de los sucesivos tratamientos, se ha señalado que conforme éstos se acumulan y pasa el tiempo, los niveles de ansiedad van progresivamente disminuyendo, probablemente porque también disminuye los niveles de incertidumbre (Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine, 2003; Berg y Wilson, 1991, Boivin et al, 1999).

Disponemos de escasa información sobre la adaptación a largo plazo o la persistencia de alteraciones emocionales de las parejas que no han conseguido la gestación. Destaca en este sentido el trabajo realizado

por Wirtberg, Möller, Hogström, Tronstad y Lalos (2007) en el que entrevistan a 14 mujeres que, 20 años después de haberse sometido a los tratamientos de reproducción asistida no tenían hijos. Entre sus resultados, los propios autores resaltan la intensidad de emociones y la viveza con la que, a pesar del tiempo transcurrido, recordaban el proceso de la reproducción asistida. Curiosamente, seguían presentes las emociones negativas, la sensación de "estar incompleta" y cierto estigma social, si bien se había desplazado de la imposibilidad de "ser madre" hacia la imposibilidad de "ser abuela".

El desajuste emocional no sólo constituye una consecuencia de los tratamientos de reproducción asistida sino que se relaciona con la tasa de éxito de los mismos. Se produce así, una concatenación de relaciones causa-efecto en la que los tratamientos generan alteraciones emocionales, las cuales a su vez, inciden sobre el éxito o fracaso terapéutico. Se han desarrollado diversos modelos para determinar qué variables predicen el éxito de los tratamientos si bien la mayoría de ellos suelen incluir casi exclusivamente variables biológicas y médicas, tales como la edad, la duración de la enfermedad, las gestaciones previas o el tipo de infertilidad (Templeton, Morris y Parslow, 1996). Son escasos los modelos que incluyen las variables psicológicas, con resultados contradictorios sobre qué estado emocional juega un papel más determinante. Así, Smeenk, Verhaak, Eugster, Van Minnen, Zielhuis y Braat (2001) concluyen que, aunque tanto la depresión como la ansiedad contribuyen a la predicción del embarazo, la ansiedad tiene mayor poder discriminativo que la depresión, mientras que Thiering, Beaurepaire, Jones, Saunders y Tennant (1993) consideran que la depresión es mejor predictora que la ansiedad. Es probable que esta disparidad sea consecuencia de los sesgos metodológicos (debido a la composición de las muestras, o los instrumentos evaluativos utilizados o las variables médicas incluidas). Aunque consideramos que el factor determinante es la fase o el momento del tratamiento en que se encuentra la pareja.

En cualquier caso, existen suficientes evidencias sobre los mecanismos por los cuales el estrés incide en la infertilidad: de manera indirecta, a través de las alteraciones en las relaciones sexuales o de manera directa, a través del sistema nervioso autónomo, del sistema endocrino y del sistema inmune (Johnson, Kamilaris, Chrousos y Gold, 1992; Meyerhoff, Oleshansky, Kalogeras, Mougey, Chrousos y Granger, 1990). Para más información sobre la relación entre estrés e infertilidad, puede consultarse el trabajo de Campagne en este mismo monográfico.

## ALTERACIONES EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO Y LA CRIANZA

La paternidad y la maternidad constituyen un periodo de cambios inter e intrapersonales, que puede conllevar la aparición de conflictos inesperados (Repokari et al., 2007). Uno de los más significativos es el ajuste que supone para la dinámica de la pareja la transición de la diada a la triada (Perren, von Wyl, Simoni, Stadlmayr, Buergin y von Klitzing, 2003). Teniendo en cuenta que el nacimiento de un hijo supone, en todos los casos, un periodo de estrés y adaptación, resulta difícil diferenciar las consecuencias emocionales que aparecen en las parejas que conciben gracias a los tratamientos de reproducción asistida y las que lo hacen de manera natural. Es frecuente que, además estas parejas presenten una elevada edad media, y con frecuencia, se enfrentan a una maternidad o paternidad múltiple, lo que las aleja del perfil medio poblacional. Así, la sintomatología que presentan las parejas multiparas sometidas a técnicas de reproducción asistida no difiere significativamente de otras parejas con partos múltiples (Ellison y Hall, 2003). Y, al igual que en la población general, las madres multiparas con antecedentes de infertilidad presentan más síntomas depresivos que las parejas infértiles con un solo hijo (Glazebrook, Sheard, Cox, Oates y Ndukwe, 2004).

Los abortos espontáneos, suelen producirse en un 20%-25% de las parejas en reproducción asistida (Wilcox, Baird y Weinberg, 1999), cifra que se incrementa en edades superiores a los 35 años o cuando se han producido otros abortos previos (Pezeshka, Feldman, Stein, Lobel y Grazi, 2000). Los abortos representan uno de los acontecimientos más traumáticos en relación con los tratamientos de reproducción asistida y con la vivencia de maternidad y paternidad. Las parejas poliabortadoras presentan elevados niveles de depresión y ansiedad (Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad y Weiner, 1996, Janssen, Cuisinier, Hoogduin y De Grauw, 1996), que persisten a lo largo del tiempo (Broen, Moum, Bodtker y Ekeberg, 2005) e incrementan la vulnerabilidad al desarrollo de cuadros de depresión mayor (Bernazzani y Bifulco, 2003; Franche y Mikail, 1999).

Antes de finalizar, queremos volver a resaltar la existencia de parejas que presentan adecuados niveles de adaptación al diagnóstico y a los tratamientos de reproducción asistida y que no presentan alteraciones de ningún tipo o las afrontan exitosamente. Sería pues necesario, seguir investigando en las variables que nos ayuden a detectar a las parejas que pueden mostrar ma-

yor riesgo para el desarrollo de alteraciones emocionales y que deberían constituir el objetivo prioritario de las intervenciones psicoterapéuticas.

## REFERENCIAS

- Anderson, KM., Sharpe, M., Rattray, A. e Irvine, DS. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 353-355
- Ardenti, R., Campari, C., Agazzi, L. y Battista, G. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization; exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*, 14, 3126-3132.
- Baram, D., Tourtelot, E., Muecheler, E. y Huang, K. (1988). Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilisation. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 9, 181-190.
- Berg, BJ. y Wilson, JF. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 11-26
- Bernazzani, O. y Bifulco, A. (2003) Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social Science & Medicine*, 56, 1249-1260.
- Beutel, M., Wilner, H., Deckardt, R., Von Rad, M. y Weiner H. (1996). Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 245-253.
- Boivin, J., Scanlan, LC., Walker, SM. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counseling? *Human Reproduction*, 14, 1384-1391.
- Broen, A., Moum, T., Bodtker, A. y Ekeberg, O. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five year follow-up study. *British Medical Care Medicine*, 3, 18.
- Castro, C., Borrás, C., Pérez-Pareja, F.J. y Palmer, A.L.(2001). Respuestas emocionales en mujeres que se encuentran en tratamiento de reproducción asistida. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 283-291.
- Chen, TH., Chang, SP., Tsai, CF., Juang, KD. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 9, 2313-2318.
- Dhillon, R., Cumming, CE. y Cumming, DC. (2000). Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*, 74, 702-706.

- Domar, AD., Friedman, R. y Zuttermeister, PC. (1999). Distress and conception in infertile women: a complementary approach. *Journal of American Medical Women's Association* (1972), 54 (4), 196-199.
- Domar, AD., Zuttermeister, PC. y Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 14, 45-52.
- Ellison, MA. y Hall, JE. (2003). Social stigma and compounded losses: quality of life issues for multiple-birth families. *Fertility and Sterility*, 80, 405-414.
- Facchinetti, F., Demyttenaere, K., Fioroni, L., Neri, I. y Genazzani AR. (1992) Psychosomatic disorders related to gynecology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 137-154.
- Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V. y Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17, 2986-2994.
- Fisher, EB., Thorpe, CT., Devellis, BM. y Devellis, DF. (2007). Healthy coping, negative emotions, and diabetes management. A systematic review and appraisal. *Diabetes Education*, 33, 1104-1106.
- Franché, RL. y Mikail, SF. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science & Medicine*, 48, 1613-1623.
- Glazebrook, C., Sheard, C., Cox, S., Oates, M. y Ndukuwe, G. (2004). Parenting stress in first-term mothers or twins conceived after in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 81, 505-511.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C. y Möller, A. (2007). The psychological influence of gender infertility diagnoses among men about to start IVF or ICSI treatment using their own sperm. *Human Reproduction*, 22, 2559-2565.
- Ibáñez, E. (1991). Reflexiones sobre la relación entre depresión y cáncer. En E. Ibáñez (ed): *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro.
- Janssen, H., Cuisinier, M., Hoogduin, K. y De Graauw, K. (1996). Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American Journal of Psychiatry*, 153, 226-230.
- Johnson, EO., Kamilaris, TC., Chrousos, GP. y Gold, PW. (1992). Mechanism of stress: a dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 16, 115-130.
- Kee, BS., Jung, BJ. y Lee, SH. (2000). A study on psychological strain in IVF patients. *Journal of Assisted Reproduction Genetic*, 17, 445-448.
- Mahlstedt, PP. (1994). Psychological issues of infertility and assisted reproductive technology. *Urology Clinical of North America*, 21, 557-566.
- Meyerhoff, JL., Oleshansky, MA., Kalogeras, KT., Mougey, EH. Chrousos, GP. y Granger, LG. (1990). Neuroendocrine responses to emotional stress: possible interactions between circulating factors and anterior pituitary hormone release. *Advances in Experimental and Medical Biology*, 274, 91-111.
- Moreno-Rosset, C. (2000). Ansiedad y Depresión: Principales trastornos asociados a la Infertilidad. *Informació Psicològica, Revista Quatrimestral del Col·legi Oficial de Psicòlegs del País Valencià*, 73, 12-19.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro C. (2008). *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. Premio TEA Ediciones 2007. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- 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).
- Nachtigall, RD., Becker, G. y Wozny, M. (1992). The effects on gender-specific diagnosis on men and women response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57, 113-121.
- Newton, CR., Hearn, MT. y Yuzpe, AA. (1990). Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization; assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*, 54, 879-886.
- Oddens, BJ., Den Tonkelaar, I. y Nieuwenhuyse, H. (1999) Psychosocial experiences in women facing fertility problems. A comparative survey. *Human Reproduction*, 14, 255-261.
- Ozkan, M. y Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in turkey. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 33 (1), 44-46.
- Oxlad, M. y Wade, TD. (2008). Longitudinal risk factors for adverse psychological functioning six months after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Health Psychology*, 13, 79-92.
- Pence, BW., Miller, WC., Gaynes, BN. y Eron, JJ. (2007). Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficit Syndrome*, 44, 159-166.

- Perren, S., von Wyl, A., Simoni, H., Stadlmayr, W., Buergin, D. y von Klitzing K. (2003). Parental psychopathology marital quality and the transition to parenthood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 55-64.
- Pezeshka, K., Feldman, J., Stein, DE., Lobel, SM. y Grazi RV. (2000). Bleeding and spontaneous abortion after therapy for infertility. *Fertility and Sterility*, 74, 504-508.
- Power, J., Brown, L. y Ritvo, P. (2008). A qualitative study examining psychosocial distress, coping, and social support across the stages and phases of epithelial ovarian cancer. *Health Care Women*, 29, 366-383.
- Repokari, L., Punamäki, RL., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., Amlqvist, F., Tittinen, A. y Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1 year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22, 1481-1491.
- Selye, H. (1950). Stress: a treatise based on the concepts of the general adaptation-syndrome and the disease of adaptation. *Montreal, Montreal*.
- Slade, P., Emery, J. y Lieberman, BA. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 12, 183-190.
- Smeenk, JMJ., Verhaak, CM., Eugster, A., Van Minnen, A., Zielhuis, GA. y Braat, D.D.M. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 15, 1420-1423.
- TAP Pharmaceutical, Inc. Lupron. (1995). *Depot 3. 75 professional information brochure*. Osaka. TAP Pharmaceutical.
- Templeton, A., Morris, JK. y Parslow, W. (1996). Factors that effect outcome of in-vitro fertilization treatment. *Lancet*, 348, 1402-1406.
- Thiering, P., Beaurepaire, J., Jones, M., Saunders, D. y Tennant, F. (1993). Mood as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 481-491.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W. y Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human reproduction update*, 13(1), 27-36.
- Warnock, JK., Bundren, JC., Morris, DW. (2000). Depressive mood symptoms associated with ovarian suppression. *Fertility and Sterility*, 74, 984-986.
- Wilcox, AJ., Baird, DD. y Weinberg, CR (1999). Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 340, 1796-1799.
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, SE. y Lajos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22, 598-604.
- Zeneca Pharmaceutical. Zoladex. (1995). *3,6 mg professional information brochure*. Wilmington. Zeneca Pharmaceutical.

# LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN INFERTILIDAD: EL "DERA" UNA PRUEBA CREADA EN ESPAÑA

## PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT IN INFERTILITY: THE DERA, A MEASURE DEVELOPED IN SPAIN

Cristina Jenaro Río<sup>1</sup>, Carmen Moreno-Rosset<sup>2</sup>, Rosario Antequera Jurado<sup>3</sup>  
 y Noelia Flores Robaina<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Salamanca. <sup>2</sup>Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). <sup>3</sup>Universidad de Sevilla.

<sup>4</sup>Universidad de Salamanca

*El objetivo principal de este artículo es presentar un área novedosa dentro de la psicología de la salud, como es el campo de la infertilidad. Abordamos esta nueva posibilidad profesional en lo que hemos denominado "Psicología de la Reproducción". Ofrecemos además una visión histórica de las principales variables que han sido objeto de evaluación en estas parejas con problemas de infertilidad y de las técnicas de evaluación psicológica que se han venido utilizando para valoración. Finalmente, presentamos el DERA, herramienta novedosa de screening para detectar un posible desajuste emocional, así como los recursos adaptativos, individuales e interpersonales, con los que la pareja puede contar para hacer frente al proceso de tratamiento de reproducción asistida y a los resultados. Exponemos también las ventajas principales de esta herramienta y detallamos sus características y potenciales usos adicionales.*

**Palabras clave:** Infertilidad, Psicología de la Reproducción, Evaluación, Desajuste emocional, Recursos adaptativos.

*The main goal of this paper is to introduce an innovative field in health psychology, namely that of infertility, and present the new professional opportunity represented by what we have called "Reproductive Psychology". In addition, we offer a historical view of the main variables that have been included in the assessment of couples with infertility issues and the psychological techniques that have been used for such assessment. Finally, we present the DERA, an innovative screening tool for detecting emotional maladjustment, as well as individual and interpersonal adaptive resources couples may have for coping with assisted reproduction treatments and their results. The main advantages of this tool, its characteristics and its potential additional uses are also discussed.*

**Key words:** Infertility, Reproductive Psychology, Assessment, Emotional maladjustment, Adaptive resources.

### LA INFERTILIDAD: ESTADO ACTUAL

Se estima que entre un 15 y un 18% de las parejas españolas son infértiles y esta tendencia va en aumento. Se calcula además que de este grupo, un 60% recurrirá a los procedimientos de reproducción asistida para poder concebir un hijo. Cambios sociales, culturales o económicos ayudan a explicar, al menos en parte, esta tendencia. Por ejemplo el pleno acceso a estudios superiores de la mujer y su posterior inclusión en el mercado laboral, con la consiguiente demora en la intención de tener hijos, dadas las dificultades en conciliar la vida familiar o la posibilidad de cambiar de pareja sentimental a lo largo de la vida y de desear formar una nueva familia con dicha pareja, constituyen factores relevantes para explicar la demora en la decisión de tener hijos. El problema es que las probabilidades de embarazo, tanto de modo natural como a través de técnicas de reproducción asistida, descienden con la edad y así, si en una

mujer por debajo de 35 años, las posibilidades de éxito de estas técnicas se sitúan en el 40%, y en una de 40 años se reducen a un 15%. De hecho, el número de hijos por mujer en edad fértil es uno de los indicadores que suele evolucionar en sentido opuesto al desarrollo económico. Así, las tasas más bajas se encuentran en los países más avanzados y las más altas en los países menos desarrollados. En España la tasa de fecundidad se encuentra a la cola de los países de la Unión Europea.

Respecto a las causas de la esterilidad, en un 40%-50% de los casos es de origen masculino (falta o escaso número de espermatozoides, baja movilidad de los mismos o elevado porcentaje de espermatozoides anormales), sólo el 22,3% es de origen femenino (disminución de la reserva ovárica, endometriosis u obstrucción tubárica), un 16,7% corresponde a causas mixtas y un 14% a causas desconocidas.

### ¿QUÉ VARIABLES PSICOLÓGICAS SE EVALÚAN EN POBLACIÓN INFÉRTIL?

#### **Alteraciones emocionales: ansiedad y depresión**

Existen numerosas evidencias sobre el impacto psicológico de la infertilidad y de los tratamientos asociados y de

*Correspondencia:* Cristina Jenaro Río. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Salamanca. Avda. de la Merced, 109-131. 37005-Salamanca. España. E-mail: [crisje@usal.es](mailto:crisje@usal.es)

que la calidad de vida de parejas infértiles es inferior a la de las parejas fértiles (Ávila Espada, 1993; El Messidi, Al Fozan, Lin Tan, Farag, y Tulandi, 2004; Llavona en este mismo número; Moreno-Rosset, 2000; Robinson y Stewart, 1996; Rosenthal y Goldfarb, 1997). Así, si bien la infertilidad no constituye en sí misma una psicopatología, como se explica en el artículo de Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila en este mismo monográfico, el proceso que abarca afrontar un diagnóstico de infertilidad, someterse a técnicas de reproducción asistida y a los repetidos intentos por conseguir un embarazo, constituye un periodo largo y estresante que sitúa a las parejas en riesgo de desarrollar problemas emocionales y de desajuste (Fassino, Pierò, Boggie, Piccioni y Garzaro, 2002; Smeenk, Verhaak, Eugster, Van Minnen, Zielhuis y Braat, 2001). Concretamente, varios estudios evidencian la existencia de alteraciones emocionales como la ansiedad, especialmente en las mujeres (Seibel, Lobo, Motta, Kotecki, Fuentes, Serafini, Pet al., 2003), si bien en ambos sexos existen patrones similares en cuanto a la relación entre ansiedad e infertilidad (Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine, 2003; Peterson, Newton y Feingold, 2007).

Otros problemas emocionales se relacionan con la depresión. Recientes trabajos indican que existen más mujeres con depresión o con historia de depresión en el grupo infértil (Iribarne, Mingote, Denia, Martín, Ruiz y De la Fuente, 2003; Meller, Burns, Crow y Grambsch, 2002). A ello se ha de añadir que las mujeres con infertilidad primaria y sus parejas masculinas obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en depresión que las parejas con infertilidad secundaria (Epstein y Rosenberg, 2005). Existen, no obstante, controversias pues recientes investigaciones demuestran que la duración de la infertilidad origina tan sólo niveles moderados de depresión y no está claro si incluso dichos niveles de depresión pueden reducir el éxito de las técnicas de reproducción asistida (Brasile, Katsoff y Check, 2006). También hemos de indicar que los niveles de desajuste emocional clínicamente significativos se producen tan sólo en una minoría de estos pacientes (Anderson, et al., 2003).

### **Estrategias de afrontamiento**

Respecto a las estrategias de afrontamiento que estos pacientes ponen en marcha para afrontar este suceso vital estresante, varias investigaciones evidencian que las mujeres en reproducción asistida tienden a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas o evitativas y a experimentar más sentimientos de culpa sobre la infertilidad, y

en definitiva, más desajuste emocional (Anderson, et al. 2003; Lukse y Vacc, 1999). De ahí que sean un grupo de riesgo de experimentar sentimientos negativos hacia sí mismas y aislamiento (Pottinger, McKenzie, Fredericks, DaCosta, Wynter, Everett y Walters, 2006). Sin embargo, no existe un claro consenso en este aspecto, pues otros estudios indican que son los hombres quienes ponen en marcha en menor medida estrategias de afrontamiento (Kowalcek, Wihstutz, Buhrow y Diedrich, 2001), e incluso, algunos trabajos de meta-análisis indican que las mujeres utilizan en mayor medida que sus parejas estrategias basadas en la búsqueda de apoyo social, el escape-evitación, la solución de problemas o la reformulación positiva (Jordan y Revenson, 1999).

### **Ajuste marital**

Un tercer aspecto objeto de creciente interés es la evaluación de la dinámica de la pareja y así varios estudios indican que las parejas que perciben niveles similares de estrés social relacionado con la infertilidad obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en ajuste marital que las parejas que tienen diferentes percepciones (Peterson, Newton y Rosen, 2003). Además, las parejas que experimentan niveles similares de necesidad de paternidad muestran, también, mejor ajuste marital que las parejas cuyas percepciones difieren. A su vez, la incongruencia en dichas percepciones acerca de la relación y la paternidad se asocia con la depresión en la mujer. Todos estos datos apoyan la teoría de que la existencia de elevados niveles de ajuste entre las parejas en relación con el estrés que experimentan, les ayuda a afrontar con eficacia el impacto de sucesos vitales estresantes (Peterson, et al., 2003). También se ha encontrado que incluso, compartir el estrés asociado a la infertilidad, puede mejorar la relación de pareja (Repokari, Punamaki, Unkila Kallio, Vilksa, Poikkeus, Sinkkonen, Almqvist, Tintinen y Tulppala, 2007). De los trabajos revisados se desprende la necesidad de evaluar a ambos miembros de la pareja, y de determinar la congruencia de sus percepciones y vivencias.

### **Apoyo social**

El apoyo entre los miembros de la pareja parece ser entonces un elemento esencial en el proceso de adaptación y afrontamiento de la infertilidad y de las técnicas de reproducción asistida. Estrechamente relacionado con este aspecto es la existencia de una adecuada red social y especialmente, el apoyo social percibido. Como señalan Östberg y Lennartsson (2007) numerosos estudios, en dife-

rentes ámbitos, demuestran la relación entre apoyo social y estado de salud. Igualmente ha sido reiteradamente demostrada la influencia, tanto directa, como protectora ("buffering") del apoyo social sobre el estrés (Barrón, 1996). En el ámbito de las enfermedades crónicas, los beneficios de cada tipo de apoyo (instrumental, emocional, informativo, valorativo) parecen depender de la fase de evolución de la enfermedad en la que se encuentre el paciente. De este modo, por ejemplo, el apoyo instrumental puede resultar más beneficioso para aquellos pacientes que presentan algún tipo de limitación funcional, mientras que los apoyos de tipo emocional muestran mayor eficacia a lo largo del proceso de ajuste y adaptación a la enfermedad. Igualmente existe una estrecha relación entre la eficacia de cada tipo de apoyo y el agente que lo proporciona, así, por ejemplo, en el ámbito de la enfermedad crónica, el apoyo informacional proporcionado por los profesionales de la salud suele ser el más efectivo (Berkman, Glass, Brissette y Seeman, 2000; Uchino, Cacioppo, Kiecolt-Glaser, 1996). En el ámbito de la infertilidad, se ha constatado que la percepción de apoyo social y la búsqueda de dicho apoyo explica una significativa cantidad de varianza en el ajuste de las parejas con problemas de infertilidad (Maillet, 2003; Peterson, 2006).

### **Características de personalidad**

Continuando con la exposición de factores asociados al afrontamiento eficaz de la infertilidad y de los procesos de reproducción asistida, es posible aludir a características de personalidad mostradas por los individuos, aunque hemos de indicar que los estudios centrados en infertilidad son, cuando menos, escasos. Entre estos recursos personales hemos de señalar determinadas características de personalidad, vinculadas a la denominada "personalidad resistente" (Maddi y Kobassa, 1984), al optimismo o a la percepción de control sobre los acontecimientos. Un patrón de personalidad resistente proporciona la motivación necesaria para afrontar las circunstancias estresantes y convertirlas en una posibilidad de crecimiento y por tanto, juega un papel importante como mecanismo de resiliencia (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, Bonanno, 2004; Maddi, 2006). Ejerce así un efecto protector de las situaciones estresantes, ya que se relaciona con un incremento del apoyo social, con el desarrollo de estrategias de afrontamiento centradas en la resolución de problemas y con la promoción del equilibrio personal. A ello se ha de añadir que los todavía escasos estudios que han analizado la relación entre personalidad resistente y afrontamiento

encuentran moderadas correlaciones positivas, si bien parece que ésta tiene una influencia más notoria en el afrontamiento positivo de los estresores cotidianos (incrementando las estrategias centradas en la resolución de problemas y disminuyendo la negación o el escape) (Maddi y Hightower, 1999).

Por su parte, el optimismo se relaciona con constructos como el bienestar, la felicidad y la calidad de vida (Avia y Vázquez, 1999). En la actualidad es posible afirmar que las personas con una tendencia estable hacia el optimismo son más resistentes a las consecuencias del estrés, mantienen un estado de salud más favorable y se adaptan mejor a las enfermedades (Scheier y Carver, 1987; Carver y cols, 1993a, 1993b). El optimismo se ha encontrado además asociado a la adopción de estrategias de afrontamiento eficaces cuando los sujetos se enfrentan a situaciones que representan una amenaza vital (Maddi y Hightower, 1999).

Por último, la sensación de control supone la creencia de que, en mayor o menor grado, el sujeto es capaz de ejercer cierto dominio sobre el entorno (Dobson y Pusch, 1995). De hecho, la falta de control puede actuar como estresor y ejercer un efecto directo y negativo sobre la salud del individuo, mientras que la sensación de control puede actuar como factor protector del estrés e incrementar la probabilidad de que el individuo ponga en marcha conductas saludables, ejerciendo por tanto un efecto directo y positivo sobre su estado de salud (Wallston, 1989).

### **¿POR QUÉ ES NECESARIA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN INFERTILIDAD?**

De lo expuesto hasta aquí se evidencia la relevancia del rol del psicólogo en la evaluación y tratamiento de parejas que han de afrontar una situación de infertilidad (Gonzalez, 2000; Kainz, 2001). Este rol se encuadra en el campo de la Psicología de la Salud, con la denominación Psicología de la Reproducción (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008; Moreno-Rosset, Jenaro y Antequera, 2008). Realizamos así un paralelismo con la denominación utilizada en Medicina, como lo han hecho otras especialidades sanitarias de la Psicología. La Sociedad Española de Fertilidad (SEF) reconoce el papel relevante del psicólogo y cuenta desde 2005 con el Grupo de Interés de Psicología cuya misión radica en incrementar el conocimiento y comprensión de los aspectos psicológicos y emocionales implicados en la salud reproductiva, tanto por parte de los especialistas implicados como de los pacientes.

La evaluación psicológica es necesaria para detectar los principales problemas asociados a la infertilidad y para poner en marcha intervenciones adecuadas (consultar Ávila y Moreno-Rosset en este mismo monográfico). Ello requiere, contar con técnicas desarrolladas específicamente para ello. Numerosos estudios sobre la materia han venido utilizando instrumentos de evaluación de la ansiedad, depresión o afrontamiento, generalmente en combinación con pruebas centradas en evaluar el estrés, la capacidad de ajuste a la infertilidad y las preocupaciones sociales, sexuales o de pareja (p.e. Andrews, Abbey y Halman, 1991; Brasile, Katsoff y Check, 2006; Meller, Burns, Crow y Grambsch, 2002). En otros estudios se han utilizado instrumentos específicos de evaluación de la infertilidad (Glover, Hunter, Richards, Katz, y Abel 1999; Newton, Sherrard y Glavac, 1999; Peterson, Newton y Feingold, 2007; Stanton, 1991), junto con medidas de variables de personalidad (p.e. McKenna, 1998; Rausch, 1998; Stanton, Lobel, Sears y DeLuca, 2002).

Centrándonos en los instrumentos específicamente desarrollados en el campo que nos ocupa, es posible agruparlos en función de sus contenidos en aquéllos centrados en evaluar: a) el impacto de la infertilidad sobre distintas áreas vitales, b) las consecuencias emocionales, c) la adaptación a la situación de infertilidad, d) otros aspectos más específicos; o, e) más de una dimensión psicológica. La Tabla 1 presenta los instrumentos desarrollados hasta la actualidad.

Sin embargo, quedan aún por solventar numerosas deficiencias metodológicas (Boivin, 2003; Coeffin-Driol y Giami, 2004; Greil, 1997; Liz y Strauss, 2005) en los estudios de evaluación y en los instrumentos desarrollados, de entre las que cabe destacar: (a) el predominio del estudio de las consecuencias psicológicas, presuntas negativas, en la mujer, dejando a un lado la evaluación en el hombre; (b) la utilización de muestras reducidas y poco representativas; (c) el excesivo uso de autoinformes y el consiguiente escaso control de fuentes de error asociadas, entre otras, la deseabilidad social; (d) el escaso poder discriminativo de los cuestionarios; (e) la aplicación de análisis estadísticos poco adecuados u obsoletos; (e) la ausencia de estudios longitudinales que permitan obtener una visión del proceso de adaptación y afrontamiento de la infertilidad; (f) la proliferación de estudios centrados en las consecuencias negativas de la infertilidad considerándola como un elemento que deteriora necesariamente a la pareja; y (g) los escasos estudios que incluyan y comparen la situación emocional,

percepción de recursos y utilización de estrategias de afrontamiento por parte de ambos miembros de una pareja infértil.

Reiteramos además que, salvo contadas excepciones, los estudios acentúan la infertilidad como un problema y subrayan, por tanto, las repercusiones psicológicas negativas. Este es el planteamiento más tradicional dentro de las actuaciones de la Psicología en el ámbito de las enfermedades crónicas: la búsqueda de las consecuencias negativas que éstas generan en quienes las padecen. Sin negar la pertinencia de esta perspectiva, creemos que ésta ofrece una visión reduccionista de los pacientes. El ser humano es también un agente activo que dispone de estrategias y recursos para afrontar situaciones difíciles e intentar modificarlas o adaptarse a las mismas. Como viene defendiendo la psicología posi-

**TABLA 1**  
**INSTRUMENTOS CREADOS PARA POBLACIÓN CON**  
**PROBLEMAS DE INFERTILIDAD**

Evaluación	Instrumento
Estrés asociado a infertilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ "The Fertility Problem Stress" (Andrews, Abbey y Halman, 1991)</li> <li>✓ "The Infertility Specific Distress Scale" (Stanton, 1991)</li> <li>✓ "The Fertility Problem Inventory" (FPI; Newton, Sherrard y Glavac, 1999)</li> <li>✓ "Infertility Distress Scale" (Pook, Rhorle y Krause, 1999)</li> <li>✓ "Infertility Reaction Scale" (IRS; Collins, Freeman, Boxer y Tureck, 1992)</li> </ul>
Consecuencias emocionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ "Inventario de problemas psicológicos en infertilidad" (IPPI; Llavona y Mora, 2006)</li> <li>✓ "Psychological Evaluation Test of Assisted Reproduction Techniques" (PET-ART; Franco, Razera, Mauri, Petersen, Felipe y Garbellini, 2002)</li> <li>✓ "The Effects of Infertility" (Anderheim, Holter, Bergh y Möllery cols, 2005)</li> </ul>
Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ "The Fertility Adjustment Scale" (FAS; Glover, Hunter, Richards, Katz y Abel, 1999)</li> <li>✓ "Questionnaire on the Desire for a Child" (FKW; Hölzle y Wirtz, 2001)</li> </ul>
Aspectos específicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ "Infertility Treatment Questionnaire" (Shiloh, Larom y Ben-Rafael, 1991)</li> <li>✓ "Infertility Cognitions Questionnaire" (KINT; Pook, Tuschen-Caffier, Schnapper, Speiger, Krause y Florin, 1999)</li> <li>✓ "The Measure of Infertility Control" (Miller-Campbell, Dunkel-Schetter y Peplau, 1991)</li> </ul>
Evaluación multidimensional	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ "Cuestionario de ajuste psicológico en infertilidad" (CAPI; Llavona y Mora, 2002)</li> </ul>

tiva, los avances en el estudio de los recursos y fortalezas que pueden ayudar a los sujetos a incrementar su bienestar psicológico han sido claramente menos numerosos. Y ello pese a la evidencia de aspectos como el optimismo, la esperanza o la perseverancia que pueden actuar como protectores y evitar que individuos enfrentados a situaciones altamente estresantes desarrollen alteraciones o trastornos psicopatológicos.

### El "DERA", UNA PRUEBA CREADA EN ESPAÑA

Así pues, en un intento de contribuir al desarrollo de la Psicología de la Reproducción como un ámbito aplicado de la Psicología de la Salud, y, al mismo tiempo, subsanar algunas de las deficiencias metodológicas citadas, hemos creado el DERA; Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008)

Utilizamos el término "*desajuste emocional*" para acentuar el objetivo de dicho instrumento, como es la valoración de posibles alteraciones que pueden presentarse a nivel emocional, fruto de la necesidad de hacer frente a un hecho estresante, que no reúnen las características ni los criterios necesarios para poder ser considerados trastornos psicopatológicos. Por el contrario, aunque este desajuste pueda ser considerado como pródromo de alteraciones clínicas (y por tanto el instrumento puede ser útil para la detección precoz de las mismas) también puede constituir la primera fase de un proceso normal de adaptación. Por su parte, con el término "*recurso adaptativo*" hacemos referencia al conjunto de disposiciones tanto internas y estables (p.e. rasgos de personalidad) como externas y modificables (p.e. apoyo social) que permiten afrontar con éxito las situaciones y mantener o recuperar, en las distintas áreas vitales, el nivel de funcionamiento que presente antes de la aparición del suceso estresante. En el ámbito de las enfermedades crónicas, la adaptación se entiende como la paradójica conjunción de procesos aparentemente contradictorios: por un lado el grado de estrés o psicopatología derivados del diagnóstico y la enfermedad y, por otro, la experiencia de crecimiento personal experimentada. Así, una situación vital estresante puede constituir, al mismo tiempo, una oportunidad para el crecimiento personal o para el desajuste emocional (Brennan, 2001).

El DERA es un instrumento compuesto por 48 elementos con respuestas en una escala Likert de 5 puntos que permite conocer el grado de acuerdo del individuo con cada uno de los enunciados que se le presentan. Puede ser aplicado de modo individual o colectivo, a hombres y mujeres infértiles a partir de los 18 años de edad. Su aplicación se realiza en 10-15 minutos. Con un solo instrumento, el psicólogo puede hacer un cribado del estado emocional de los miembros de la pareja y de sus recursos personales y sociales, así como de la congruencia en las valoraciones de ambos miembros, lo que permite programar la intervención o apoyo psicológico adecuado al caso. Por consiguiente, el DERA puede servir como instrumento a ser incluido en la valoración médica inicial del estudio de la pareja infértil y de esta forma cumplir con la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida que estipula la obligatoriedad de aplicar los tratamientos tan sólo a mujeres con buena salud. Ello permitiría poder solventar, antes de iniciar los tratamientos de reproducción asistida, posibles problemas psicológicos en parejas más vulnerables. Al ser el DERA una prueba de cribaje, puntuaciones desajustadas sirven, al psicólogo, para realizar una evaluación psicológica clínica, encaminada a corroborar o descartar la posible existencia de trastornos psicopatológicos. Por supuesto, el DERA, es útil durante todo el proceso de evaluación psicológica (Moreno-Rosset, 2005), ya que, además de detectar parejas infértiles de riesgo, o con una psicopatología desarrollada, es sensible a los posibles cambios derivados del paso del tiempo, o de la intervención psicológica, permitiendo al psicólogo corroborar la eficacia de la psicoterapia aplicada.

El DERA subsana varias de las deficiencias metodológicas existentes en los instrumentos de evaluación previamente comentados. Y ello porque: 1) con un sólo autoinforme se obtiene información de distintos constructos psicológicos; 2) se ha baremado con distintas muestras amplias y representativas de población infértil; 3) presenta acreditadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez; 4) permite la evaluación de los correlatos más frecuentemente mencionados en la literatura sobre infertilidad y 5) permite la evaluación tanto de aspectos negativos como positivos de la pareja.

El instrumento se compone de cuatro factores, que miden: a) Desajuste Emocional (DA); b) Recursos Personales (RP); c) Recur-



Interpersonales (RI) y d) Recursos Adaptativos (RA), compuesto por la suma de los dos últimos factores (RP y RI). Para más detalles puede consultarse Moreno-Rosset, Jenaro y Antequera (2008).

### Aplicación del DERA

El cuestionario puede ser aplicado tanto individual como colectivamente. Sus ítems están formulados para poder ser aplicados tanto a población masculina como femenina. Si la administración del instrumento se realiza a la pareja, es importante que cada uno responda individualmente.

Tras obtener las puntuaciones totales en cada dimensión, éstas se transforman a puntuaciones centílicas que permiten determinar la posición del sujeto evaluado frente al grupo de referencia. Existen baremos separados para hombres y mujeres. Las puntuaciones quedan reflejadas en una hoja de perfil que permite determinar visualmente semejanzas y diferencias en los perfiles de los miembros de una pareja, así como identificar patrones más o menos ajustados y si disponen o no de recursos para afrontar la situación de infertilidad. Todo ello, como hemos expuesto previamente, de gran relevancia de cara a la posterior intervención psicológica. En el ejemplo del caso clínico que se describe en el Manual del DERA, reproducido con el permiso de TEA Ediciones, se puede observar que existen diferencias significativas entre Sara y Javier, presentando Sara un elevado desajuste emocional y pocos recursos adaptativos. Por el contrario, Javier muestra un adecuado ajuste emocional, y recursos adaptativos, si bien, se observa que los recursos interpersonales son inferiores a los personales.

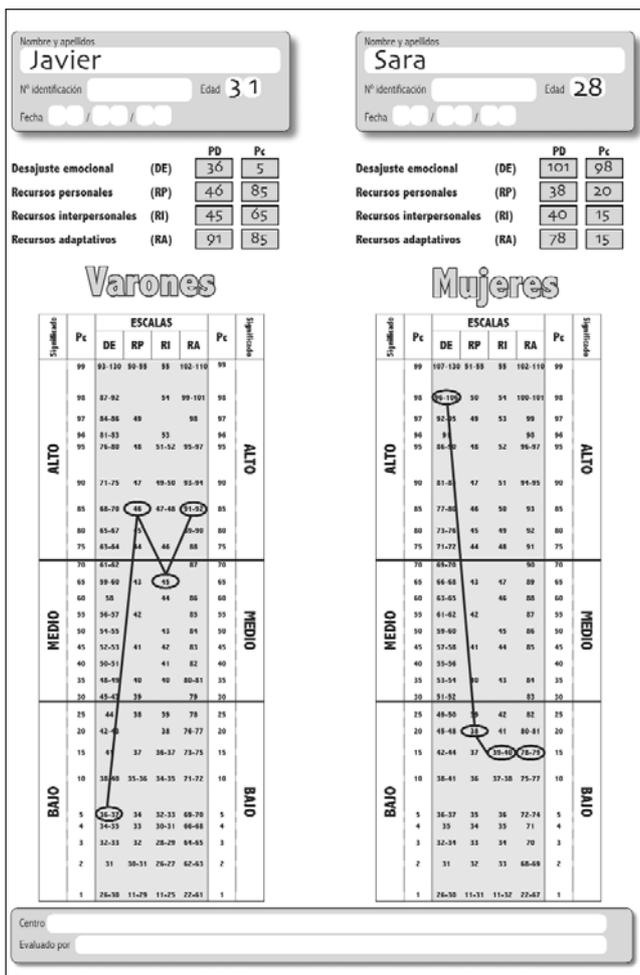
En cuanto a la interpretación del DERA, puntuaciones bajas en Desajuste Emocional indican que la persona no presenta una especial prevalencia de emociones negativas y que se encuentra libre de procesos psicopatológicos relacionados con la ansiedad o con trastornos del estado de ánimo. Por el contrario, elevadas puntuaciones en esta dimensión sugieren la posible presencia de sintomatología cognitiva, motora o fisiológica propia de los estados emocionales negativos, así como sentimientos de inseguridad sobre su capacidad para afrontar exitosamente los problemas. Puntuaciones superiores al centil 75 indican una posible presencia de problemas de ansiedad o depresión que requerirá una evaluación clínica más amplia.

En segundo lugar, puntuaciones bajas en Recursos Personales denotan una escasa disposición a presentar una actitud activa ante los problemas y una escasa fle-

xibilidad conceptual en el análisis de las situaciones. Por su parte, bajas puntuaciones en Recursos Interpersonales reflejan limitaciones en la red social y de apoyo, o bien, desconfianza o aislamiento. De la suma de ambos factores se obtiene la dimensión Recursos Adaptativos. Puntuaciones bajas en este factor denotan una ausencia de estrategias para afrontar las situaciones estresantes, manteniendo el equilibrio emocional. Por el contrario, puntuaciones elevadas en los tres factores relativos a recursos sugieren la existencia de estrategias y actitudes eficaces para el afrontamiento de la infertilidad y los tratamientos asociados. La confianza, perseverancia o la percepción de ser valorado, apoyado y apreciado por quienes les rodean, caracteriza a las personas con elevados recursos adaptativos.

### Posibles usos adicionales del DERA

El DERA representa el trabajo de siete años de investigación centrados en el análisis de las consecuencias de los



problemas de fertilidad (Moreno-Rosset, 2003, 2007) y en los aspectos evaluativos (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2006a, 2006b; Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera. y Ávila, 2007). No obstante, hasta el momento las muestras utilizadas para su creación y baremación han estado integradas, en gran parte, por parejas que se encontraban en las fases iniciales del proceso de reproducción asistida. Por ello en la actualidad trabajamos en la ampliación del tamaño muestral especialmente en parejas que se encuentran en fases avanzadas del proceso de tratamiento o que ya han experimentado y vivenciado uno o varios tratamientos fallidos. Por otro lado, las muestras de baremación se han extraído, principalmente, de centros públicos, por lo que estamos ampliando su aplicación a contextos privados, donde presumiblemente, características socio-económicas, educativas y culturales podrían estar afectando a la vivencia de la infertilidad y de las terapias de reproducción asistida, o incluso a las estrategias de afrontamiento que los pacientes ponen en marcha, tal y como se sugiere en algunos estudios (Fido y Zahid, 2004; Schmidt, Christensen y Holstein, 2005).

Por otro lado, creemos que tanto la fundamentación teórica como el contenido el DERA le hacen susceptible de constituirse como instrumento de evaluación útil dentro del ámbito de la enfermedad crónica en general. De ahí que nos encontremos en la actualidad aplicando este instrumento en personas con problemas de fibromialgia y en poblaciones con trastornos somatomorfos y en paciente oncológicos.

En definitiva, la evaluación en infertilidad, núcleo central de la Psicología de la Reproducción, representa un nuevo campo para el psicólogo, tanto a nivel investigador como aplicado en una vertiente que podríamos denominar "asistencial y de mejora de la calidad de vida de las personas" que se someten a estos tratamientos puesto que conocer el grado de ajuste y los recursos de que disponen, permite realizar un tratamiento psicológico adecuado a cada caso. No podemos dejar de destacar este aspecto porque manifiesta esa doble aspiración de la Universidad que, junto a la excelencia científica, busca ser útil a la sociedad e implicarse en la resolución de los problemas prácticos, para dar respuestas a problemas que afectan a la sociedad actual.

## REFERENCIAS

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.

- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A. e Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 353-355.
- Andrews, F. M., Abbey, A. y Halman, L. (1991): Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 238-253.
- Avia, M. D. y Vázquez C. (1999). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ávila Espada, A. (1993). Estrés y procesos psicológicos en la infertilidad humana. En J. Buendía Vidal. *Estrés y Psicopatología* (pp.181-200). Madrid: Pirámide.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. y Seeman, T. E. (2000). From social integration to health. Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57, 2325-2341.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 51, 72-82.
- Brasile, D., Katsoff, B. y Check, J. H. (2006). Moderate or severe depression is uncommon in women seeking infertility therapy according to the Beck Depression Inventory. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 33(1), 16-18.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer- coping or personal transition?. *Psycho-oncology*, 10, 1-18.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C., Harris S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. y Clark, K. C. (1993a). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 15, 1213-1220.
- Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F. L. y Clark, K.C. (1993b). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Coeffin-Driol, C. y Giami, A. (2004). L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la rela-

- tion de couple: revue de la littérature. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité*, 32(7-8), 624-637.
- Collins A., Freeman, E. W., Boxer, A. S. y Tureck, R. (1992) Perception of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertility & Sterility*, 57, 350-356.
- Dobson, K.S. y Pusch, D. (1995). A test of the depressive realism hypothesis in clinically depressed subjects. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 179-194.
- El Messidi, A., Al Fozan, H., Lin Tan, S., Farag, R. y Tulandi, T. (2004). Effects of repeated treatment failure on the quality of life of couples with infertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 26(4), 333-336.
- Epstein, Y. M. y Rosenberg, H. S. (2005). Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. *Fertility & Sterility*, 83(6), 1882-1884.
- Fassino, S., Pierò, A., Boggie, S., Piccioni, V., y Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17(11), 2986-2994.
- Fido, A. y Zahid, M. A. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *The International Journal of Social Psychiatry*, 50(4): 294-300.
- Franco, J.G., Razera, R.L., Mauri, A.L., Petersen, C.G., Felipe, V. y Garbellini, E. (2002). Psychological Evaluation Test for Infertile Couples. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 19(6), 269-273.
- Gonzalez, L. O. (2000). Infertility as transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(6), 619-633.
- Glover, L., Hunter, M., Richards, J. M., Katz, M. y Abel, P. D. (1999). Development of the Fertility Adjustment Scale. *Fertility & Sterility*, 72(4), 623-626.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679-1704.
- Hölzle, Ch. y Wirtz, M.A. (2001). *Fragebogen zum Kinderwunsch*. Göttingen: Hogrefe.
- Iribarne, C., Mingote, C., Denia, F., Martín, A. C., Ruiz, J. A. y De la Fuente, P. (2003). Alteraciones emocionales en mujeres infértiles. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 78-88.
- Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Ávila, A. (2007). Development and Validation of the Psychological Supports Scale on Assisted Reproduction (Cuestionario de Apoyos psicológicos en Reproducción Asistida CAPRA): A measure of resources for coping with infertility. Comunicación presentada al Xth European Congress of Psychology (Symposium: Reproduction and hormonal changes). Praga: Actas de Congreso, 172
- Jordan, C. y Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 341-358.
- Kainz K. (2001). The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Women's Health Issues*, 11(6), 481-485.
- Kowalcek, I., Wihstutz, N., Buhrow, G. y Diedrich, K. (2001). Coping with male infertility. Gender differences. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 265(3), 131-136.
- Liz, T. M. y Strauss, B. (2005) Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20,1324-1332.
- Lukse, M. P. y Vacc, N. A. (1999). *Obstetrics & Gynecology*, 93(2), 245-51.
- Llavona, L. y Mora, R. (2002). *Cuestionario de Ajuste Psicológico en Infertilidad (CAPI)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Registro de la propiedad intelectual 16/2002/2716.
- Llavona, L. y Mora, R. (2006). *Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Registro de la propiedad intelectual 16/2006/3632.
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness. The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 160-168.
- Maddi, S. R. y Hightower, M. (1999). Hardiness and optimism as expressed in coping patterns. *Consulting Psychology Journal*, 51, 95-105
- Maddi, S. R. y Kobassa, S. C. (1984). *The hardy executive: health under stress*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Maillet, M. H. (2003). Infertility and marital adjustment: The influence of perception of social support, privacy preference and level of depression. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 63(11-A), 4093.
- Mckenna, K. A. (1998). Assessing the psychological impact of fertility treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58(7-B), 3930.
- Meller, W., Burns, L. H., Crow, S. y Grambsch, P. (2002). Major depression in unexplained infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 23(1), 27-30.

- Miller-Campbell, S., Dunkel-Schetter, C. A. y Peplau, L. A. (1991). Perceived control and adjustment to infertility among women undergoing in vitro fertilization. En A. L. Stanton y C. A. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 133-156). New York: Plenum Press.
- Moreno-Rosset, C. (2000). (Dir). *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset C. (2003). *Memoria Final del Proyecto I+D+I "Consecuencias psicológicas y psicosociales de los tratamientos de infertilidad en las mujeres: evaluación e intervención"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 11/00.
- Moreno-Rosset, C. (2005). El proceso de evaluación psicológica. En C. Moreno-Rosset (Edit). (2ª ed.). *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C. (2007). *Memoria Final del Proyecto I+D+I "La infertilidad en la mujer: aspectos psicosociales y neurobiológicos"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 28/03.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2006a). Características psicométricas del "Cuestionario de Apoyos psicológicos en Reproducción Asistida" (CAPRA), para la evaluación de emociones y recursos en infertilidad. Comunicación presentada a la VI Semana de Investigación de la Facultad de Psicología de la UNED (Simposio: Evaluación emocional). Madrid: Actas de Congreso, 64-65.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2006b). Evaluación de emociones y recursos en infertilidad: Cuestionario de Apoyos psicológicos en Reproducción Asistida (CAPRA). Comunicación presentada al VI Congreso Internacional de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS (Simposio: Afecto y creatividad). Benidorm (Alicante): Actas de Congreso, 137.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2008). DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad. Premio TEA Ediciones, 2007. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- 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. *Clinica y Salud* (en prensa).
- Moreno-Rosset, C., Jenaro, C. y Antequera, R. (2008). DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad. Un nuevo instrumento en Psicología de la Reproducción. *Boletín de la SEAS*, 28, 11-18.
- Newton, C. R., Sherrard, W. y Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62.
- Östberg, V. y Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: the importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 197-204.
- Peterson, B.D. (2006). Examining the individual and dyadic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress, marital adjustment, and depression. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66(9-B) 2006, 5074.
- Peterson, B. D., Newton, C. R. y Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility & Sterility*, 88(4), 911-914.
- Peterson, B. D., Newton, C. R. y Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1), 59-70.
- Pook, M., Roehrl, B., y Krause, W. (1999). Individual prognosis for changes in sperm quality on the basis of perceived stress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 95-101.
- Pook, M., Tuschen-Caffier, B., Schnapper, U., Speiger, K., Krause, W. y Florin, I. (1999). Cognitions in infertility: development and validation of a questionnaire (KINT). *Diagnóstica*, 45(2), 104-113.
- Pottinger, A. M., McKenzie, C., Fredericks, J., DaCosta, V., Wynter, S., Everett, D. y Walters, Y. (2006). Gender differences in coping with infertility among couples undergoing counselling for In Vitro Fertilization treatment. *The West Indian Medical Journal*, 55(4), 237-242.
- Rausch, D.T. (1998). Marital cohesion, social support, religiosity, infertility diagnosis, and pregnancy outcome as mediating factors in the individual's adjustment to infertility. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58(12-B), 6871.
- Repokari, L., Punamaki, R. L., Unkila Kallio, L., Vilks, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A. y Tulppala, M. (2007) Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22(5), 1481-1491.

- Robinson, G. E. y Stewart, D. E. (1996) The psychological impact of infertility and new reproductive technologies. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 168-172.
- Rosenthal, M. B. y Goldfarb, J. (1997). Infertility and assisted reproductive technology: an update for mental health professionals. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 169.
- Scheier, M.F. y Carver C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized expectancies of health. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schmidt, L., Christensen, U. y Holstein, B. E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, 20(4): 1044-1052.
- Seibel, D., Lobo, D. S., Motta, E. L., Kotecki, J. A., Fuentes, D., Serafini, P. C. (2003). Assessment of anxiety in women undergoing In Vitro Fertilization (IVF) by the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Fertility and Sterility*, 80 (Supl. 3), S242.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shiloh, S., Larom, S. y Ben-Rafael, Z. (1991). The meaning of treatments for infertility: cognitive determinants and structure. *Journal of Applied Social Psychology*, 21 (10), 855-874.
- Smeenk, J. M., Verhaak, C. M., Eugster, A., Van Minnen, A., Zielhuis, G. A. y Braat, D. D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16 (7), 1420-1423.
- Stanton, A. L. (1991). Cognitive appraisals coping processes and adjustment to infertility. En A. L. Stanton y C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: perspectives from stress and coping research* (pp. 87-108). New York: Plenum Press.
- Stanton, A. L., Lobel, M., Sears, S. y DeLuca, R. S. (2002). Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 751-770.
- Uchino, B. N., Cacioppo J. T. y Kiecolt-Glaser J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Wallston, K.A. (1989). Assessment of control in health-care settings. En A. Steptoe y A. Appels (Eds), *Stress, personal control and health* (pp. 86-104). Luxembourg: John Wiley & Sons.

# LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN INFERTILIDAD: ORIENTACIONES PARA UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CLÍNICA

## PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN INFERTILITY: GUIDELINES FOR A CLINICAL INTERVENTION PROTOCOL

Alejandro Ávila Espada<sup>1</sup> y Carmen Moreno-Rosset<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Complutense de Madrid. <sup>2</sup>Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

*La literatura apoya la eficacia de la intervención psicológica (psicosocial y psicoterapéutica) con parejas infértiles. Un conjunto amplio de estudios aportan evidencia sobre el notable impacto psicológico negativo de los tratamientos de infertilidad en las parejas, y acerca del efecto positivo de la orientación psicosocial y de las intervenciones psicológicas específicas para gestionar la ansiedad, depresión y estrés durante los procedimientos de la tecnología reproductiva. Se presenta un protocolo de orientación para la intervención clínica que incluye objetivos estratégicos y contenidos de un programa. El programa es utilizable tanto para formar a los profesionales como para ser aplicado en los servicios psicológicos de las clínicas de infertilidad. Finalmente se aportan recomendaciones para los profesionales que trabajan en este ámbito de la salud con el objetivo de promover buenas prácticas de atención tanto para ellos, sus clientes y los servicios de salud.*

**Palabras clave:** Infertilidad, Reproducción Asistida, Intervención Psicológica, Psicoterapia.

*The literature supports the efficacy of psychological intervention (psychosocial and psychotherapeutic) for infertile couples. A substantial number of studies show the negative psychological impact of fertility treatments on couples, and the positive effects of psychosocial counselling and other specific psychological interventions for managing anxiety, depression and stress during reproductive technology procedures. Here we present a protocol for guiding clinical intervention, including strategic goals and content. The programme can be used for professional training or for psychological services in infertility units. Finally, some suggestions for professionals working in this field are included, with the aim of promoting good healthcare practices among them, for their clients and for health services.*

**Key words:** Infertility, Assisted Reproduction, Psychological Intervention, Psychotherapy.

### LA INFERTILIDAD COMO CONTEXTO

Entre los elementos característicos de la sociedad y la familia contemporánea ha emergido con fuerza en las últimas décadas una singular perspectiva: la infertilidad de las parejas humanas se ha incorporado a lo cotidiano, a la par que otros fenómenos: la independencia demorada de los jóvenes, el retraso en la formación de las familias, y sobre todo la demora en la decisión de tener hijos hasta una edad muy avanzada, incluso la identificación entre los jóvenes con los modelos de fertilidad no natural, considerando las técnicas de reproducción asistida como una opción de partida que excluye "complicaciones" como el encuentro sexual, el embarazo o el parto. Más allá de la revolución reproductiva que implicaron los métodos de FIV<sup>i</sup> (1978) y la ICSI<sup>ii</sup> (1992), en la actualidad pueden ser descritos hasta 39 métodos de reproducción

que no derivan del encuentro sexual (Burns, 2005). La tendencia social a retrasar la entrada a la adultez de los jóvenes, con modelos familiares hiperproteccionistas, y su corolario, la demora de los individuos en abordar la parentalidad, encuentra su envés en la infertilidad, una crisis multidimensional que afecta a todos los sistemas (individuo, pareja, familia) y niveles (psicofisiológico, del sentido del self, de la relación con los otros), desencadenando elevados niveles de estrés, con una amplia variedad de emociones y sentimientos negativos, y una intensa interferencia en la vida de las personas implicadas. Y como es obvio, no solo son los adultos que han demorado en exceso su acceso a la parentalidad quienes se ven "sorprendidos" por la infertilidad, sino también las personas de más edad que abordan nuevos proyectos familiares y vitales.

Para la mayoría de las personas afectadas, la infertilidad es una situación traumática y una crisis psicológica de envergadura, en la que han de enfrentarse al reconocimiento de incapacidades en un terreno estrechamente unido al sentimiento de valía de uno mismo, marcado por los ideales y las representaciones sociales, en las que el/los "hijos" deseados pero no logrados suelen ser vividos como una pérdida irreparable de sí mismos. Con

*Correspondencia:* Alejandro Ávila Espada. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223-Madrid. España. E-mail: [avilaespada@psi.ucm.es](mailto:avilaespada@psi.ucm.es)

<sup>i</sup> FIV o IFV: Fecundación in Vitro

<sup>ii</sup> ICSI: Inyección Intracitoplasmática de Esperma; también con extracción testicular de esperma

el afrontamiento de la situación de infertilidad los sujetos confrontan la elaboración de un “duelo” de sus propias capacidades, la percepción de limitaciones antes desconocidas, y la quiebra de su propia estabilidad bio-hormonal y psicológica; de la percepción y comunicación con su pareja, de su vida familiar, de sus recursos económicos y de su percepción del entorno social que les rodea, facetas que pueden verse todas ellas alteradas por el impacto o las exigencias de los tratamientos médicos de la infertilidad. Incluso, aunque los tratamientos médicos culminen con éxito, las personas que los han vivido pueden portar un “legado traumático” que marca un antes y después de dichos tratamientos.

Una consideración del impacto psicológico de dichos tratamientos se hace pues imprescindible. Aunque ya es frecuente que los profesionales de la salud implicados en los servicios de reproducción asistida consideren relevantes las estrategias de orientación e intervención psicológica y psico-social, se ha visto necesario desarrollar protocolos de intervención que precisen la contribución de los psicólogos (y psicoterapeutas) a este complejo y ya urgente ámbito de intervención, y que cuenta ya con un número suficiente de experiencias y planteamientos de actuación dignos de ser considerados (Boivin, 2003; Boivin et al, 2001; Boivin y Kentenich, 2002; Bayo-Borràs, Cànovas y Sentís, 2005; Burns, 2005; Lemmens et al., 2004; Llavona y Mora, 2003; Moreno-Rosset, 2003, 2007; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2005; Peterson, Gold y Feingold, 2007; Stammer, Wischmann y Verres, 2002). A la vez, los profesionales que trabajan en este campo requieren de apoyos específicos para la psicoprofilaxis de los riesgos implicados en su actuación y entorno de trabajo.

### ¿INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA INFERTILIDAD?

Hay ya un amplio bagaje de estudios y se han efectuado notables revisiones sobre los procesos psicológicos relevantes a la reproducción humana, sus significados subjetivos y las características sociales, psicosociales y psicopatológicas de las parejas infértiles (Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila en este mismo número; Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard y Verres, 2001). Se ha prestado atención al papel de la Emoción y Regulación fisiológica, en especial de los neurotransmisores y la función reguladora del sistema inmunológico. También sobre las cogniciones y psicodinamia implicadas: esquemas, creencias, autoimagen, autoconcepto, defensas y afrontamiento y su expresión y regulación in-

terpersonal, con su traducción en conductas que facilitan o dificultan el proceso reproductivo (Ávila, 1993). Se han estudiado reiteradamente las manifestaciones clínicas más frecuentemente asociadas: Ansiedad y Depresión (Carreño et al, 2007; Moreno Rosset, 2000a; Moreno-Rosset y Martín, 2008); Disfunción sexual y Trastornos de identidad (Peterson et al., 2007) y también la evolución del ajuste emocional, antes, durante y después de los tratamientos (Gerrity, 2001; Moreno-Rosset, 2000b, 2003, 2007; Verhaak et al, 2005); la variabilidad en las dificultades vividas en los tratamientos (Benyamini, Gozlan y Kokia, 2005), o el impacto psicológico de diferentes estrategias FIV (de Klerk et al, 2006). De la revisión de estos estudios y muchos otros se concluye que durante décadas se ha construido un mito, no apoyado científica ni clínicamente, sobre la “infertilidad psicógena”, sin que se haya podido demostrar causalidad directa. Han fracasado los intentos de demostrar una causalidad psicobiográfica delimitada claramente de otros factores bio-psico-sociales, más allá de la comprensión racional que pueden alcanzar muchos clínicos, examinando su casuística, de que el organismo individual pueda expresar en sus procesos de integración y ajuste bio-psico-social un “sabio” rechazo a la reproducción en sujetos con equilibrios psicológicos precarios, observación que no puede elevarse a conclusión.

Si bien no es posible ni razonable plantearnos un “tratamiento psicológico” de la infertilidad, la orientación e intervención psicoterapéutica (orientada desde las estrategias psicodinámicas y cognitivas) nos ofrece sin embargo una oportunidad muy positiva y valiosa para elaborar y manejar adecuadamente las experiencias y complejas situaciones y dilemas que atraviesan las personas que viven una situación de infertilidad. En resumen, podemos abandonar la hipótesis psicógena, y sin embargo potenciar la necesaria orientación y ayuda psicoterapéutica (Apfel y Keylor, 2002).

Los usuarios demandan y usan los servicios de apoyo, mostrando altos niveles de satisfacción con estos servicios (Moreno-Rosset, 2003, 2007; Schmidt, Holstein, Boivin, Blaabjerg, Rasmussen y Andersen, 2003), con independencia de que la repercusión del uso de los mismos no haya sido probada en la mejora de las tasas de éxito reproductivo, lo cual hemos de considerar secundario aunque, si posible, fuera deseable. Los programas de apoyo psicológico en este contexto están al servicio del conjunto de las necesidades del usuario de los servicios de reproducción asistida, y para facilitar la adherencia a

los tratamientos médicos, contribuyendo a construir condiciones psicológicas y psico-sociales idóneas, aunque solo se trate de programas de bajo nivel, como los de asesoramiento telefónico. A nivel clínico aportan utilidades evidentes: facilitan la mejor transmisión de información, crean un entorno de asesoramiento que puede ser usado, y que facilita una mejor contención y manejo de ansiedades en torno a la situación de infertilidad. La opinión de los investigadores y usuarios coincide: estos recursos deben incorporarse a los servicios de reproducción asistida (Bartlam y MLeod, 2000). Kentenich (2002) subraya la importancia de que las clínicas de fertilidad cuenten con servicios de orientación y apoyo psicológico, que trabajen conjuntamente con el personal médico, y señala cuatro características dominantes en las consultas que se reciben en los servicios de orientación en infertilidad: a) el foco central de la consulta es un deseo u objetivo vital que no se ha logrado, con la tensión existencial que implica; b) el deseo de tener un hijo puede implicar conflictos éticos similares a los que se plantean en el contexto de la adopción, entre los "mejores intereses del niño/a" y los deseos de sus padres y las características del contexto familiar donde se incluiría, potenciales conflictos que han de ser valorados; c) los repetidos ciclos de tratamiento médico que son frecuentemente necesarios durante períodos de tiempo prolongados, y los reiterados fracasos, provocan estrés emocional, a veces intenso, que llega a desestructurar el ajuste psicológico de los consultantes; y d) los procedimientos diagnósticos y el tratamiento médico de la infertilidad tienen un impacto importante en la vida íntima de la pareja, afectando a sus dinámicas de relación, la sexualidad y su capacidad para afrontar y resolver las situaciones estresantes de los tratamientos. En este sentido, hemos venido defendiendo en distintos foros la necesidad de prestar una atención integral a las parejas infértiles (Moreno-Rosset, de Castro, Ávila et al., 2005) y lo seguiremos defendiendo (Moreno-Rosset, Ávila, Antequera, Jenaro, Gómez y Hurtado de Mendoza, 2008).

Incluir estrategias psicoterapéuticas (exploratorias y de apoyo) permite detectar precozmente, y manejar adecuadamente, las 5 etapas típicas en la evolución emocional de los usuarios de los servicios de reproducción asistida: Primero *Negación* de las dificultades; después, *Ira* ante la confrontación con las evidencias, seguida de *Negociación* de posibilidades, y de *Depresión* – potenciada en los probables fracasos repetidos- y finalmente, *Aceptación* de posibilidades y límites. Se han hecho ya clásicos los valiosos

trabajos sobre intervención psicológica con mujeres con historia de fracasos en reproducción asistida que implica gestionar problemáticas de resignificación de la existencia, del concepto de sí mismas, y generar nuevas expectativas y proyectos (Goldenberg, 1997), incluso integrados en programas amplios como los de *Mente-Cuerpo* (Domar y Dreher, 1996). También se ha prestado progresivamente más atención a la problemática específica del varón infértil, asociado a las progresivamente mayores tasas de esterilidad masculina.

Coincidimos con la línea de datos que subraya que las estrategias de intervención combinadas son las más productivas. En especial la combinación de intervención individual y de grupo conducido por profesionales y/o grupos de auto-ayuda reduce el nivel de ansiedad -p.e. en las largas fases de espera o inter-tratamientos- y mejoran la adherencia y cumplimiento de las prescripciones médicas (Galletly, Clark, Tomlinson y Blaney, 1996). Son ya abundantes los informes de investigación que han aportado evidencias en la misma dirección sobre la eficacia diferencial de la intervención grupal, individual y de pareja (Liz y Strauss, 2005), con una convergencia de índices muy favorables para las estrategias de grupo, de auto-ayuda o profesionales (Domar, Clapp et al., 2000; Hoenk Shapiro, 1999; Tarabusi, Volpe y Facchinetti, 2004), incluso con elevación de las tasas de éxito reproductivo. Una combinación estratégica de una variedad de modalidades de tratamiento según los casos (individual, pareja, familia, grupos de auto-ayuda y grupos de sensibilización conducidos por profesionales, tanto con orientaciones dinámicas o cognitivo-conductuales) será el mejor bagaje preventivo/terapéutico del profesional.

La orientación e intervenciones psicosociales tienen buena relación coste-efectividad para la reducción del estrés asociado a los tratamientos y la disminución de los afectos negativos, aunque sin relación clara ni probable con las tasas de éxito reproductivo (Boivin, 2003). En nuestro propio contexto ya se han aportado evidencias de que los programas de apoyo estructurados son un recurso útil (Programa piloto IPTRA; Moreno Rosset, 2003, Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2005) y su posterior adaptación de Guías-pautas y entrenamiento con CD de relajación (Moreno-Rosset, 2005, 2007) y en direcciones complementarias se ha informado de experiencias positivas del uso de programas de apoyo psicológico en soporte CD-ROM para parejas en tratamientos de reproducción asistida (Coisenau et al., 2004), incluso del asesoramiento por internet y partici-

pación en foros médicos y de apoyo (chats) para parejas con infertilidad (Epstein, Rosenberg, Grant y Hemenway, 2002).

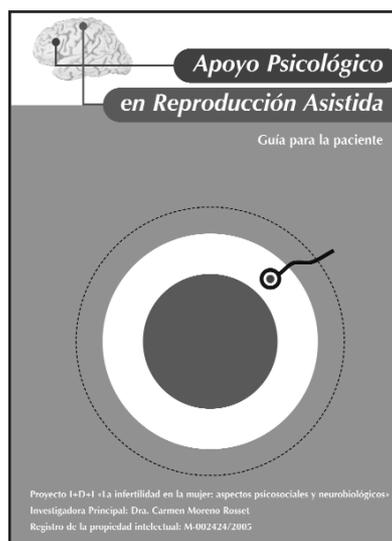
### APOYO PSICOLÓGICO EN LA INFERTILIDAD: SÍNTESIS DE LAS ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS, TÉCNICAS Y TÁCTICAS DE INTERVENCIÓN

A partir de la experiencia de aplicación del Programa piloto de Intervención Psicológica en Técnicas de Reproducción Asistida (IPTRA: Moreno-Rosset, 2003, Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2005) y su posterior versión (Moreno-Rosset, 2005, 2007), en el contexto de dos proyectos de investigación (Moreno-Rosset, 2003, 2007), respectivamente, así como de su utilización flexible en entornos clínicos, unido a las ricas aportaciones de otros programas que se aplican en otros contextos (Boivin et al, 2001) se ha construido un Programa de intervención, orientado principalmente a estructurar la formación especializada de los profesionales en este campo, aunque aplicable como Programa de referencia y actuación en los servicios públicos y clínicas, que consta de los siguientes módulos: I) Conceptual; II) Evaluación; III) Intervención; y IV) Seguimiento y Psicoprofilaxis, en los que el profesional que haya de intervenir en este ámbito debe adquirir competencias. Los ejes del contenido, materiales y objetivos de cada módulo están descritos en las tablas 1 a 4.

La aplicación de los materiales de los módulos enunciados estructurados como programa de intervención no tienen que ajustarse necesariamente a una secuencia y duración predeterminada, principalmente porque las trayectorias de los tratamientos de infertilidad difieren notablemente en la casuística, y hay que diseñarlas caso por caso. Gerrity (2001) ha descrito cinco etapas características de los tratamientos de infertilidad y nuestra experiencia avala que los usuarios llegan al programa de ayuda en muy diferentes fases y situaciones, siendo cla-

ve elegir en cada etapa la estrategia de intervención más adecuada (véase la tabla 5).

La mayoría de las intervenciones de orientación y apoyo pueden programarse mediante planes de acción promedio entre 12 y 24 sesiones de trabajo, con un ritmo temporal ajustado a los ciclos y fases de los tratamientos médicos. Son útiles las recomendaciones de Bitzer (2002), que pueden servirnos de organizador lógico (véase tabla 6) para estructurar la intervención en secuencias circulares de 10 pasos, que pueden repetirse cuantas veces sea necesario según los tratamientos. Valorar si las características de los sujetos, de sus trata-



**TABLA 2**  
**MÓDULO II – EVALUACIÓN**

Objetivo: Aporta los siguientes instrumentos y procedimientos que puede usar el profesional para llevar a cabo la evaluación inicial

Contenidos:

- a. Guía de Entrevista Psicológica Semi-estructurada para Intervención en Reproducción Asistida (EPSIRA; Moreno-Rosset, 2001)
- b. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008)
- c. Registro de Actividades Placenteras (Moreno-Rosset, 2005)
- d. Otros instrumentos complementarios que pueden ser de interés para el profesional, en función de las características de los usuarios.
  - i. Inventario de Problemas Interpersonales (IIP; Horowitz, Alden, Wiggins y Pincus, 2000)
  - ii. La entrevista de Apego en el Adulto (Main, 1991)
  - iii. Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA; Carrasco, 1998)
  - iv. Escala de Satisfacción familiar por adjetivos (ESFA; Barraca y López-Yarto, 2003)
  - v. Escala de Bienestar Psicológico de la Pareja (EBP; Sánchez-Cánovas, 1998)
  - vi. Inventario de problemas psicológicos en infertilidad (IPPI; Llavona y Mora, 2006)
  - vii. Cuestionario de Ajuste psicológico en infertilidad (CAPI; Llavona y Mora, 2002)

**TABLA 1**  
**MÓDULO I – CONCEPTUAL**

Objetivo: Aporta los conocimientos fundamentales que ha de conocer el psicólogo para una práctica de calidad en el ámbito de los servicios y de la consulta de orientación psicológica en reproducción asistida

Contenidos:

- a. La infertilidad en la sociedad actual
- b. Objetivos del Programa: Intervención, Prevención, recuperación.
- c. Lo que el Psicólogo especializado tiene que conocer sobre la infertilidad y los tratamientos de reproducción asistida (a nivel médico, psicológico, social y legal)

**TABLA 3**  
**MÓDULO III-INTERVENCIÓN**

Objetivo: Aporta las orientaciones estratégicas, las técnicas –y sus materiales- y las tácticas, tanto para el cliente como para el psicólogo

Contenidos:

**a. Guía para los usuarios: “Apoyo Psicológico en Reproducción Asistida”** (Moreno-Rosset, 2005), que incluye: (véase Figura 1)

- i. Pauta informativa completa de los dos procesos paralelos
  - ✓ Médico
  - ✓ Psicológico
- ii. CD de relajación e información detallada de todas las etapas de la misma
- iii. Listado de recomendaciones
- iv. Protocolos para que los usuarios puedan efectuar múltiples observaciones y auto-registros

**b. Protocolo de actuación para el psicólogo:**

- i. **Objetivos generales:** Ayudan a que el profesional identifique las prioridades y elabore los objetivos estratégicos adecuados para cada caso. No todos serán igualmente relevantes según la casuística
  1. Reducir la intensidad de la interferencia emocional que puede inhibir o alterar la facilitación del proceso reproductivo en las personas infértiles
  2. Facilitar una mejor adherencia a los tratamientos médicos necesarios
  3. Detectar/Prevenir las disfunciones psicológicas asociadas o secundarias a la infertilidad y sus tratamientos
  4. Facilitar el bienestar subjetivo de todas las personas implicadas en los servicios de reproducción asistida (usuarios y profesionales)
- ii. **Estrategias generales:** Crean las condiciones adecuadas para alcanzar los objetivos generales y estratégicos, dependen de la capacidad y habilidades del profesional.
  1. Promover una comunicación empática profesional-usuario (caracterizada por interés auténtico y comprensión genuina) y que se expresará como sintonía emocional con los procesos que se experimentan antes, durante y después de los tratamientos de TRA
  2. Promover un vínculo de trabajo entre el profesional y el usuario en el que se pueda desplegar:
    - ✓ Afirmación/Validación de las experiencias subjetivas vividas en el proceso de la infertilidad
    - ✓ Contención de las emociones negativas y de las ansiedades activadas antes, durante y después del proceso
    - ✓ Procesos de mentalización como construcción de actividad auto-reflexiva, mediadora entre la emoción y la acción
    - ✓ Re-activación o potenciación del sentido del humor y las emociones positivas que permiten mantener un adecuado contacto con el self propio
    - ✓ Uso de un nivel de comunicación plena facilitando su generalización por los usuarios en sus relaciones íntimas
- iii. **Niveles y técnicas de intervención:** Multidimensionales y combinadas, con estrategias individuales y de pareja como formas de abordaje principal, y completada con intervención familiar, cuando sea necesario. Además se facilita habitualmente el uso por parte de los consultantes de recursos complementarios efectivos y de bajo coste, tales como:
  - ✓ Servicio de asesoramiento telefónico, que pueden brindar asesoramiento y apoyo emocional inmediato a los usuarios y contribuye a normalizar sus experiencias
  - ✓ DVD/Video y/o CD de apoyo con información y técnicas que pueden ser auto-aplicadas por el usuario (relajación, tareas narrativas, auto-registros, etc.)
  - ✓ Grupos de sensibilización conducidos por profesionales [6 sesiones de grupo-tarea de periodicidad mensual intensivo; tareas: 1) introducción y selección de temas; 2) emociones e infertilidad; 3) El impacto de la infertilidad sobre la relación de pareja; 4) Las reacciones de los otros; 5) El lugar del deseo de niño; 6) Los límites del tratamiento]
  - ✓ Grupos de autoayuda, que enriquecen la autonomía de los usuarios promoviendo de forma natural estrategias proactivas y apoyo recíproco en un contexto donde las experiencias previas pueden ser muy importantes
  - ✓ Chat y foros de Internet para usuarios y profesionales
- iv. **Técnicas específicas:** Las usa o indica el profesional cuando considera que es necesaria una acción estructurada en un determinado nivel o secuencia de la intervención.
  - ✓ Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad y estrés cuando los niveles son muy elevados, dirigidas a facilitar la expresión de emociones, identificar la causa del malestar, proveyendo acciones para reducir el malestar y ser capaces de manejarlo
  - ✓ Examinar en profundidad los factores asociados a los tratamientos médicos más incisivos, con mayor interferencia y riesgo, previendo y afrontando las situaciones más estresantes
  - ✓ Intervención sobre la pareja y a su capacidad de comunicación íntima, social y a su funcionamiento adaptativo:
  - ✓ Estrategias de comunicación en/con la pareja y resolución de posibles conflictos
  - ✓ Estrategias de comunicación social: técnicas de comportamiento asertivo
  - ✓ Aprendizaje de habilidades sociales: role-playing sobre las escenas sociales de la situación de infertilidad
  - ✓ Técnicas específicas para las situaciones especiales y los momentos más difíciles, que el profesional ha de ayudar a gestionar
  - ✓ Cuando la maternidad se ha de enfrentar en solitario.
  - ✓ Embarazo múltiple (e implicaciones de las técnicas de reducción fetal).
  - ✓ Gestión de traumas graves previos y de los riesgos de la re-traumatización
  - ✓ Gestión de los fracasos múltiples y ayuda en la toma de decisión de terminar con los tratamientos
  - ✓ Abortos reiterados y sentimientos de culpa asociados. Pérdidas repetidas de óvulos donados
  - ✓ Usuarios en situación de inmigración
  - ✓ Problemática de las “terceras partes” (donantes de óvulos, donantes de espermia, maternidad subrogada)

**TABLA 3**  
**MÓDULO III-INTERVENCIÓN (continuación)**

<p>v. Tácticas que se usarán según las fases y ciclos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dar valor a las experiencias vividas en los recorridos de RA. Se trata de experiencias difíciles y que implican a veces altos niveles de sufrimiento subjetivo. Reconocer y gestionar los sentimientos de soledad, impotencia, desconcierto, desorientación existencial (falta de fines en la vida)</li> <li>✓ Desdramatizar la situación y generar entornos alternativos para abordarla</li> <li>✓ Reconocer y contener ansiedades frente a posibles preocupaciones actuales específicas</li> <li>✓ Reestructurar posibles pensamientos negativos intensos</li> <li>✓ Promover confianza en sí mismos: Re-significación y auto-confianza (en sí mismo, en la pareja)</li> <li>✓ Facilitar una comunicación más fluida y empática entre la pareja (escuchar al otro; pensar desde el otro; transformando el drama en una experiencia sentida y pensada con el otro).</li> <li>✓ Recuperar lo lúdico y gratificante en la pareja, p.e. el sentido del humor y la sexualidad, a través de técnicas activas</li> <li>✓ Promover expectativas de logro, de éxito. Que recuperen el sentido de "Agentes" que hacen lo posible, no meros "Pacientes" o "Víctimas" de la situación</li> <li>✓ Introduciendo alternativas (Se puede vivir bien y disfrutar de la vida de otras formas; otros modelos a seguir y experiencias): ¿Hay alternativas a la parentalidad? (Cómo descubrirlas y gestionarlas)</li> </ul> <p>vi. <b>Articulando secuencialmente la intervención mediante ciclos con objetivos estratégicos, técnicas y tácticas que habrán de incluir:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluación previa de la situación de los consultantes respecto de los tratamientos de infertilidad y de las necesidades a corto y medio plazo que se podrán formular como objetivos estratégicos</li> <li>2. Propuesta de tareas participativas para los usuarios que promuevan una actitud proactiva</li> <li>3. Oferta y realización de sesiones de apoyo (individual y de pareja) en todos los momentos claves de los tratamientos de Reproducción Asistida</li> <li>4. Indicación de recursos de grupo disponibles (conducidos por profesionales o de auto-ayuda)</li> <li>5. Disponibilidad para el asesoramiento telefónico</li> <li>6. Evaluación posterior a cada ciclo de intervención (cualitativa y cuantitativa)</li> <li>7. Proceso final de acompañamiento y elaboración <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Del éxito, como despedida y facilitación del embarazo y primeras etapas de la crianza. El embarazo tras un periodo significativo de infertilidad puede implicar problemas de adaptación que es necesario prevenir</li> <li>✓ Del fracaso, como duelo, con el trabajo específico de la apertura a nuevas opciones y/o alternativas a la parentalidad, incluyendo la adopción y la renuncia a la parentalidad</li> </ul> </li> </ol>
--

**TABLA 4**  
**MÓDULO IV: SEGUIMIENTO Y PSICOPROFILAXIS**

Consta de varios elementos esenciales para optimizar la eficiencia de la intervención
<p>Contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluación Final</li> <li>✓ Estrategias y procedimientos de seguimiento, que incluye usar materiales de apoyo opcionales según los casos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Guía de la Buena Vida</li> <li>✓ Guía de la Adopción</li> <li>✓ Guía del Embarazo y Crianza post-infertilidad</li> </ul> </li> <li>✓ Actividades para la higiene mental del profesional en el ámbito de las Técnicas de Reproducción Asistida (principalmente a través de trabajos grupales)</li> </ul>

mientos de infertilidad y del contexto de la intervención se adecuen a dicha lógica, competirá al profesional, quien elegirá las técnicas y las tácticas de acuerdo a los objetivos estratégicos de cada fase y ciclo, como hemos apuntado en la tabla 5.

Otros autores proponen estructurar la intervención directamente como un tratamiento cognitivo-conductual orientado al estrés acompañante o resultante de las intervenciones médicas (veáse el trabajo de Daniel Campaigne en este mismo número), o como una psicoterapia focal de orientación dinámica y de duración limitada

**TABLA 6**  
**PROCESO CIRCULAR DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN EN INFERTILIDAD (Bitzer, 2002)**

Paso 1	Introducción al proceso e iniciación de la alianza de trabajo
Paso 2	Evaluación del problema de infertilidad y monitorización
Paso 3	Clarificación sobre la denominación del problema y negociación sobre objetivos y prioridades
Paso 4	Intercambio de hipótesis y toma de decisiones relativas a los procedimientos diagnósticos
Paso 5	Procedimientos e investigaciones diagnósticas
Paso 6	Transmisión de información sobre los resultados
Paso 7	Elaboración de las diferentes opciones para resolver el problema de infertilidad
Paso 8	Toma de decisiones sobre opciones específicas
Paso 9	Procedimientos de tratamiento
Paso 10	Evaluación de los resultados

(Arranz-Lara, Blue-Grynberg y Morales-Carmona, 2001), con objetivos globales similares a los expuestos en nuestra propuesta, si bien consideramos que ofrecer tratamiento o psicoterapia en lugar de apoyo y orientación induce factores de resistencia en los consultantes que sí perciben sus necesidades de ayuda, pero que no buscan "tratamiento". La oferta directa de tratamientos,

tras la evaluación que los justifica, es adecuada para los consultantes que están en la etapa “persistente” de los tratamientos médicos, y también para quienes tienen una gran dificultad en tomar la decisión de abandonar los tratamientos médicos, a pesar de las reiteradas evidencias negativas (Mechanick Braverman, 1997), pero probablemente no tanto para quienes están en las restantes etapas.

Una atención especial merecen los profesionales que trabajan en este campo desplegando las estrategias de orientación, apoyo y tratamiento psicológico. Hay abundantes informes que subrayan la importancia decisiva de la aportación subjetiva (integrando la eficiencia técnica con la capacidad de sintonía e implicación emocional) que el profesional hace en su relación de trabajo con los consultantes (Greenfeld, 1997; Applegarth, 1999).

El trabajo continuado en este ámbito requiere una estrategia de psicoprofilaxis tanto para proteger al profesional como para mantener su sensibilidad, disponibilidad y apertura a los estados emocionales y necesidades de los consultantes. Nuestro módulo IV presta atención a algunas de las situaciones típicas: La ansiedad del terapeuta en torno a la motivación de la paternidad y maternidad en sí mismo y en sus consultan-

tes (Josephs, 2005); la problemática del terapeuta infértil (Freeman, 2005); los pre-conceptos negativos del terapeuta ante los tratamientos de infertilidad (Applegarth, 2005); cómo manejar los intensos sentimientos que pueden despertarse en el terapeuta, principalmente los negativos (p.e. ira, cinismo; Kottick, 2005) y más en general la pertinencia del uso activo de la contratransferencia y las autorevelaciones en los tratamientos (Essig, 2005). Pero no será solo el psicólogo quien habrá de preocuparse de su adecuada preparación y psicoprofilaxis, ya que es también muy necesario prestar atención a la problemática del médico especialista, a menudo excesivamente “escondido” tras la tecnología médica, la problemática de la enfermería (Jackson, 2005; Moreno-Rosset, 2008), una función clave en toda la secuencia de la infertilidad. Y una conclusión común a todos los profesionales en este campo: la necesidad de formación específica en las dinámicas y emociones de la infertilidad, y su gestión en beneficio de los usuarios y de sí mismos.

### CONCLUSIONES

Una buena práctica en los servicios públicos de reproducción asistida y en las clínicas de infertilidad implica

**TABLA 5**  
**ETAPAS DEL TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE APOYO MÁS ADECUADAS**

Etapa del tratamiento médico (Gerrity, 2001)	Estrategias de apoyo psicológico
<b>Pre-diagnóstico:</b> Menos de un año tras sospechar la existencia de un problema, permaneciendo en fase de pruebas diagnósticas	Evaluación psicológica previa y primeras sesiones de orientación con la pareja
<b>Comenzando el tratamiento:</b> Se ha completado suficientemente la etapa diagnóstica y se ha establecido un plan de tratamiento (habitualmente con menos de 2 años de problemas de fertilidad, al menos un problema detectado en la fase diagnóstica, y pueden haber consultado, o todavía no, a un especialista en fertilidad)	Evaluación psicológica previa y primeras sesiones de orientación con la pareja Tareas participativas (relajación, autorregistros, narrativas, juegos...) Algunas sesiones de apoyo (individual y de pareja) planificadas Apoyo y asesoramiento telefónico Grupos de sensibilización y de auto-ayuda recomendables
<b>Tratamiento habitual:</b> Ya han intentado más de un tratamiento, han sido vistos por más de dos especialistas, habiendo estado implicados en tratamientos más de 2 años y menos de 5	Re-evaluación (o evaluación, si no ha sido efectuada) Sesiones de apoyo (individual y de pareja) planificadas con mayor frecuencia y número total. Apoyo y asesoramiento telefónico Grupos de sensibilización y de auto-ayuda necesarios
<b>Persistente:</b> 5 o más años de intervenciones médicas, problemas múltiples, infertilidad sin causa identificada, consultas a múltiples especialistas	Re-evaluación (o evaluación, si no ha sido efectuada) Oferta de tratamientos psicológicos (individual y de pareja) en función de los desajustes emocionales, de relación y personalidad Grupos de tratamiento y de auto-ayuda necesarios
<b>Concluyendo el tratamiento:</b> Han completado el componente médico de la infertilidad y no tienen planes para continuar. Las razones pueden incluir: a) han recibido un diagnóstico médico de inviabilidad; b) han conseguido hijos biológicos; c) han adoptado; d) Han decidido permanecer sin hijos	Evaluación post Intervención de apoyo (individual y de pareja) planificada y centrada en la elaboración de las nuevas condiciones Tareas participativas adecuadas a la situación de los consultantes



algo más que buenos tratamientos médicos. Las clínicas han de incorporar a sus estrategias rutinarias de intervención los aspectos psicológicos y psico-sociales que afrontan las parejas que usan sus servicios. Debemos hacernos y estar en condiciones de responder a la pregunta ¿Por qué apoyo psicológico en todos los tratamientos de infertilidad y no sólo en aquellos casos que presentan niveles de estrés elevados? La calidad asistencial debemos valorarla tanto en función de los parámetros de coste en relación a la efectividad, eficiencia y eficacia, y por la provisión de intervenciones y estrategias apoyadas en dichos indicadores, como por las valoraciones cualitativas de los usuarios de los servicios. Las personas que utilizan los servicios han de comprender suficientemente las implicaciones y el alcance de las técnicas que les serán aplicadas y deben recibir todo el apoyo emocional necesario para afrontar de manera saludable los tratamientos y consecuencias de la experiencia de la infertilidad. Respetando la libertad de los consultantes a usar a su criterio las estrategias de ayuda, los servicios deben garantizar la disponibilidad de los recursos para una intervención global que no reduzca o elimine facetas esenciales a la naturaleza biológica, psicológica y social del ser humano.

Los programas de apoyo e intervención psicológica fueron diseñados al inicio para los usuarios, pero tienen tanta o más importancia para los profesionales de la salud que trabajan en estos contextos. Como en todos los entornos donde el ser humano se topa con sus límites, y ha de afrontar frecuentemente la dificultad y el fracaso, los profesionales de ayuda han de limitar sus expectativas de omnipotencia y prestar especial atención a cuidar al cuidador para mantener niveles de eficiencia personal y profesional. La infertilidad es todavía un territorio agreste, donde los profesionales y las personas que sufren a causa de su infertilidad y de sus intentos de solución han de encontrar un espacio de aceptación y superación. Burns (2005) ha subrayado que el único ajuste posible ante la infertilidad es aceptarla como inaceptable, internalizando la naturaleza inaceptable de la infertilidad, y que el objetivo de la intervención psicológica es capacitar a los sujetos para poder vivir bien aceptando lo inaceptable de la experiencia de infertilidad, y dándole un sentido personal a la experiencia vivida, dentro de sus creencias, posiblemente una oportunidad de conocerse mejor a sí mismos y como pareja acerca de cómo enfrentar limitaciones y afrontar una situación traumática, es decir, conocer sus recursos,

su resiliencia y sus límites como personas y como pareja. En la dinámica estructural de la situación vivida, y tanto para los clientes como para los profesionales, probablemente será más importante lo aprendido y descubierto en la experiencia que los resultados medidos en tasas de éxito reproductivo. Por la misma razón que la meta no es tener uno o más hijos, sino la oportunidad de ejercer la parentalidad como una faceta característica de la madurez del ser humano (Ávila, 2005), pero no la única (Domar y Dreher, 1996). Y para desplegar la función parental, el ser humano tiene diferentes posibilidades a su alcance, cuando está en condiciones de vivirla.

## REFERENCIAS

- Apfel, R. J. y Keylor R. G. (2002). Psychoanalysis and infertility. Myths and realities. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 85-104.
- Applegarth, L.D. (1999). Individual counseling and Psychotherapy. En L.H. Burns y S.N. Covington, (Ed.). *Infertility Counseling. A Comprehensive Handbook for Clinicians*. Cap. 5 (pp. 85-101). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Applegarth, L.D. (2005). The therapist's negative preconceptions about infertility treatment. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 4 (pp. 69-83). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Arranz-Lara, L., Blue-Grynberg, B. y Morales-Carmona, F. (2001). El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatol Reprod Hum*, 15, 133-138.
- Ávila Espada, A. (1993). Estrés y procesos psicológicos en la infertilidad humana. En J. Buendía (Coord.). *Estrés y Psicopatología*. Cap. 10 (pp.181-200). Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- Ávila Espada, A. (2005). La función parental en la adopción. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 19 (1), 191-204.
- Barraca, J. y López-Yarto, L. (2003). *ESFA. Escala de Satisfacción familiar por adjetivos*. Premio TEA Ediciones, 1996. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Bartlam, B. y McLeod, J. (2000). Infertility Counseling: The ISSUE experience of setting up a telephone counselling service. *Patient Education and Counselling*, 41, 313-321.
- Bayo-Borràs, R., Cànovas, G. y Sentís, M. (2005). *Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción*



- asistida. Barcelona: Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya.
- Benyamini, Y., Gozlan, M. y Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83 (2): 275-283.
- Bitzer, J. (2002). Counselling in infertility treatment. En J. Boivin y H. Kantenich, (Eds.). *Guidelines for Counselling in Infertility*. (Seccion 3). ESHRE Monographs: Oxford University Press.
- Boivin, J., Appleto, T.C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J. et al. (2001). Guidelines for counselling in fertility : Outline version. *Human Reproduction*, 16 (6), 1301-1304.
- Boivin, J. y Kantenich, H. (Eds.). (2002). *Guidelines for Counselling in Infertility*. ESHRE Monographs: Oxford University Press.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science Medicine*, 57, 2325-2341.
- Burns, L.H. (2005). Psychological Changes in Infertility Patients. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 1 (pp 3-29). Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Burns, L.H. y Covington, S.N. (Ed.) (1999). *Infertility Counseling. A Comprehensive Handbook for Clinicians*. New York: The Parthenon Publishing Group.
- Carrasco, M. J. (1998). ASPA. *Cuestionario de Aserción en la Pareja*. (2ª ed., revisada y ampliada). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Carreño, J., Morales, F. et al. (2007). Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles. *Ginecol. Obstet. Mex.*, 75, 133-141.
- Coisnau, T.M., Lord, S.E., Seibring, A.R. et al. (2004). A multimedia psychosocial support program for couples receiving infertility treatment: a feasibility study. *Fertility and Sterility*, 81 (3), 532-538.
- de Klerk, C., Heijnen, E.M. et al. (2006). The psychological impact of mild ovarian stimulation combined with single embryo transfer compared with conventional IVF. *Human Reproduction*, 21 (3), 721-727.
- Domar, A.D., Clapp, D. et al. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*. 73 (4), 805-811.
- Domar, A.D. y Dreher, H. (1996). Reclaim your life: Infertility. En *Ibid. Healing Mind, Healthy Woman. Using the Mind-Body Connection to Manage Stress and Take Control of Your Life*. New York: Delta Trade Paperbacks.
- Essig, T. (2005). Riding the Elephant in the Room : How I use Countertransference in Couples Therapy. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 6 (pp. 103-127). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Epstein, Y. M., Rosenberg, H. S., Grant, T. V. y Hemenway, B. A. N. (2002). Use of the internet as the only outlet for talking about infertility. *Fertility and sterility*, 78 (3), 507-514.
- Freeman, N. (2005). When the Therapist is Infertile. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 3 (pp. 50-68). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Galletly, C., Clark, A., Tomlinson, L., y Blaney, F. (1996). A group program for obese, infertile women: Weight loss and improved psychological health. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 17(2), 125-128.
- Gerrity, D.A. (2001). Five Medical Treatment Stages of Infertility: Implications for Counselors. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 9 (2), 140-150.
- Goldenberg, H. (1997). Who am I, if I am not a mother? In S. du Plock (Ed.), *Case studies in existential psychotherapy and counselling*. (pp. 96-106). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Greenfeld, D. A. (1997). Does psychological support and counseling reduce the stress experienced by couples involved in assisted reproductive technology? *Journal of assisted reproduction and genetics*, 14(4), 186-188.
- Hoenk Shapiro, C. (1999). Group Counseling. En L.H. Burns y S.N. Covington (Ed.). *Infertility Counseling. A Comprehensive Handbook for Clinicians*. Cap. 7 (pp. 117-127). New York: The Parthenon Publishing Group.
- Horowitz, L., Alden, L., Wiggins, J. y Pincus, A. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems*. New York: The Psychological Corporation.
- Jackson, M. (2005). The Nurse's Perspective in a Reproductive Program. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 12 (pp. 249-264). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

- Josephs, L. (2005). Therapist Anxiety about Motivation for Parenthood. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 2 (pp. 33-49). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Kentenich, H. (2002). Introduction. En J. Boivin y H. Kentenich (Eds.). *Guidelines for Counselling in Infertility*. ESHRE Monographs: Oxford University Press.
- Kottick, J. (2005). Therapist Anger, Despair, Cynism. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Cap. 5 (pp. 84-102). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Leiblum, S.R. (Ed.). (1997). *Infertility. Psychological Issues and Counseling Strategies*. New York: Wiley.
- Lemmens, G.M.D., Vervaeke, M., Enzlin, P. et al. (2004). Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*, 19 (8), 1917-1923.
- Liz, T.M. y Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20 (5), 1324-1332.
- Llavona, L. y Mora, R. (2002). Cuestionario de Ajuste Psicológico en Infertilidad (CAPI). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Registro de la propiedad intelectual 16/2002/2716.
- Llavona, L. y Mora, R. (2003). Atención psicológica a parejas infértiles en tratamiento de reproducción asistida. En J.M. Ortigosa, M.J. Quioles y F.J. Mendez (Coords.). *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. Cap. 13. Madrid: Pirámide.
- Llavona, L. y Mora, R. (2006). Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Registro de la propiedad intelectual 16/2006/3632.
- Main, M. (1991). Metacognitive Knowledge, Metacognitive Monitoring and Singular vs. Multiple Models of Attachment. En C. Parkes et al. (Eds.). *Attachment across the lyfe cycle*. London: Routledge.
- Mechanick Braverman, A. (1997). When is Enough, Enough? Abandoning Medical Treatment for Infertility. En S. R. Leiblum (Ed.). *Infertility. Psychological Issues and Counseling Strategies*. Cap. 11, (pp. 209-229). New York: Wiley.
- Moreno-Rosset, C. (2000a). Ansiedad y Depresión: Principales trastornos asociados a la Infertilidad. *Informació Psicològica, Revista Quatrimestral del Col·legi Oficial de Psicòlegs del País Valencià*, 73, 12-19.
- Moreno-Rosset, C. (Dir.). (2000b). Factores psicológicos de la infertilidad. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C. (2001). *Entrevista Psicológica en Infertilidad y Reproducción Asistida (EPSIRA)*. Madrid: UNED. Registro de la Propiedad Intelectual nº 108021.
- Moreno-Rosset C. (2003). *Memoria Final del Proyecto I+D+I Consecuencias psicológicas y psicosociales de los tratamientos de infertilidad en las mujeres: evaluación e intervención*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 11/00.
- 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. (2007). *Memoria Final del Proyecto I+D+I La infertilidad en la mujer: aspectos psicosociales y neurobiológicos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 28/03.
- Moreno-Rosset, C. (2008). Aspectos psicológicos de la pareja estéril. Guía para los profesionales de enfermería. En SEF *Tratado de Enfermería*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2005). The IPTRA: Program of Psychological Intervention in Techniques of Assisted Reproduction. *Comunicación presentada al 9th European Congress of Psychology. (Simposium: Psychology and Infertility)*. Granada: Actas de Congreso, 144-145.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2008). *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. Premio TEA Ediciones, 2007. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Moreno-Rosset, C., Ávila, A., Antequera, R., Jenaro, C., Gómez, Y. y Hurtado de Mendoza, B. (2008). Mujer, infertilidad y reproducción asistida en la sociedad actual. *Mesa redonda nº 1,923 aceptada al 10º Congreso Internacional interdisciplinar sobre las mujeres. (Área 13-B Salud. Investigación y avances científicos)*. Madrid: Universidad Complutense.
- Moreno-Rosset, C., de Castro, J.F., Ávila, A. et al.

- (2005). Integral Attention in Assisted Reproduction: A work done by a team formed by physicians, psychologists, nurses, biologists and jurists. *Mesa redonda presentada al 9th European Congress of Psychology*. Granada: Actas del Congreso, 176.
- Moreno-Rosset, C. y Martín, M.D. (2008). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés*, 14 (en prensa).
- Peterson, B.D., Gold, L. y Feingold, T. (2007). The experience and influence of Infertility: Considerations for Couple Counselors. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 15 (3), 251-257.
- Rosen, A. y Rosen, J. (Eds.). (2005). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Interility and Assisted Reproduction*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Sánchez-Canovas J. (1998). *Escala de Bienestar Psicológico (EBP)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, Tjorhoj T, Blaabjerg J, Hald F, Rasmussen PE, Andersen A. (2003). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction*, 18(12), 2638-2646.
- Stammer, H., Wischmann, T. y Verres, R. (2002). Counseling and couple therapy for infertile couples. *Family Process*, 41 (1), 111-122.
- Stanton, A.L. y Dunkel-Schetter, C. (Ed.) (1991). *Infertility. Perspectives from Stress and Coping Research*. New York: Plenum Press.
- Tarabusi, M., Volpe, A. y Facchinetti, F. (2004). Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 25, 273-279.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J. et al, (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20 (8), 2253-2260.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I. y Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples – A study by the “Heidelberg Infertility Consultation Service” Part. I. *Human Reproduction*, 16 (8), 1753-1761.

## EL ESTRÉS ¿EN QUÉ MOMENTO DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA INFERTILIDAD DEBE TRATARSE?

### STRESS: AT WHAT POINT IN THE MEDICAL TREATMENT OF INFERTILITY SHOULD IT BE TREATED?

Daniel M. Campagne

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Técnicas nuevas ayudan a solucionar la infertilidad. Incluyen la estimulación hormonal, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), la transferencia intrafalopiana de gametos (TIG) y la fertilización "in vitro" (FIV). La disposición psicológica de los padres aspirantes tiene influencia sobre su fertilidad y, por tanto, sobre el resultado de las técnicas de fertilización. Los centros de fertilidad incorporan la asistencia de un psicólogo con el objetivo de limitar el estrés producido por el mismo tratamiento. Sin embargo, la evidencia pide que se considere tanto niveles de estrés crónico como agudo, y que se traten ambos antes del tratamiento de fertilidad actual.

Con niveles de estrés más bajos la fertilidad femenina y masculina mejora, aunque no exista aún evidencia concluyente de que el estrés más bajo resulta en un mejor resultado del tratamiento de fertilidad. Aún así, la reducción del estrés puede reducir el número de ciclos de tratamiento necesarios para conseguir el embarazo, puede preparar a la pareja para un fallo inicial del tratamiento o puede hacer innecesario el uso de técnicas más invasivas. El tratamiento psicológico primario del estrés crónico, además del estrés agudo, es un método menos invasivo que la FIV, ICSI o TIG y, por ende, debe ser aplicado siempre que esté indicado.

**Palabras clave:** Tecnología reproductiva asistida (TRA), evidencia; Infertilidad; Fertilidad; Ética profesional; Estrés.

New techniques help solve infertility. They include hormonal stimulation, intracytoplasmic sperm injection (ICSI), gamete intrafallopian tube transfer (GIFT) and in vitro fertilization (IVF). The psychological disposition of the parents-to-be influences their fertility, and thus the outcome of fertilization techniques. Fertility clinics offer consultation with a psychologist with a view to keeping in check the stress produced by the treatment itself. However, the evidence suggests a need to consider both chronic and acute stress levels, and to provide treatment for their reduction prior to commencing the (actual) fertility treatment. Lower stress levels mean better female and male fertility, though there is as yet no conclusive experimental evidence that lower stress levels result in better fertility treatment outcome. Even so, reduction of stress may reduce the number of treatment cycles needed before pregnancy is obtained and may prepare the couple for an initial failure of treatment; it may even make the more invasive techniques unnecessary. Primary psychological treatment for trait and state stress, being a less invasive method than IVF, ICSI or GIFT, should be applied wherever indicated.

**Key words:** Assisted Reproductive Technology (ART), Evidence; Infertility; Fertility; Professional ethics; Stress.

Las técnicas de reproducción asistida son de naturaleza médico-biológica. Desde la medicina reproductiva se admite que en este proceso la psicología pueda tener una importante aunque siempre secundaria función. Las imágenes de cómo se hace una FIV, con microscopios, agujas finas, analíticas genético-biológicas etcétera, difundidas en todos los medios de comunicación y conocidas por toda la población, parecen subrayar que prima la tecnología y el laboratorio en la lucha por resolver una infertilidad. Sin embargo, dos datos nos deben hacer cuestionar esta calificación y nos llevan a la pregunta ¿La psicología tal vez tiene una función no tan secundaria?

El primer dato es el escaso éxito de las TRAs. Aproximadamente el 2 % de todas las concepciones en Europa son médicamente asistidas, en mayor medida por FIV (Hunfeld, Passchier, Bolt y Buijsen, 2004). De estas FIV sólo el 15-20% consiguen un embarazo a la primera (Verhaak et al, 2005). Se reconoce que las causas biológicas identificadas hasta la fecha explican sólo una parte de los tratamientos FIV no exitosos. Factores psicológicos como el estrés pueden influir negativamente en el resultado de la FIV, y ser un factor causal de infertilidad (Lord y Robertson, 2005; Thiering, Beaurepaire, Jones, Saunders y Tennant, 1993).

El segundo dato es el escaso uso que se hace de recursos psicológicos, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento mismo de la infertilidad. Recientemente encontramos en las bases de datos prestigiosas de estudios médico-clínicos de infertilidad ([www.controlled-trials.com](http://www.controlled-trials.com); [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)) 206 estudios en marcha o recientemente completados, ninguno de los cuales

incluye forma alguna de intervenciones psicológicas o psicosociales reconocidas.

En ciencia, por lo tanto en medicina, en biología y también en psicología, el objetivo debe ser el tratamiento óptimo basado en la evidencia. La eficacia de los tratamientos y terapias debe ser verificada y publicada para informar al mundo profesional, pero también - y muy importante - a las personas que buscan soluciones para sus problemas. Los profesionales preferirán que la evidencia sea concluyente, aunque especialmente en la medicina preventiva y en aquellos casos donde sólo existen tratamientos posiblemente eficaces y sin efectos secundarios negativos, éstos no deben ser descartados. Sería poco científico el aferrarse a intervenciones de alta tecnología sin tomar en consideración factores psicológicos relevantes e incorporarlos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. El tiempo y la evidencia están demostrando que esta visión unifocal es un error.

La ciencia médica exige evidencia experimental sólida de que un procedimiento particular remedie la condición más rápido o mejor que otro, y más rápido y mejor que sin procedimiento o con uno falso (placebo). A diferencia, la ciencia psicológica busca evidencia experimental de que un procedimiento particular mejore las posibilidades de que una persona pueda (ella misma) prevenir o corregir factores que, a medio o largo plazo, afectarían la calidad de vida y/o resultarían en patología. Los objetivos médicos y psicológicos no sólo se diferencian en cuanto el primero busca *certidumbres* y el segundo busca *probabilidades*, también en cuanto la fuente de cambio, siendo o bien *externa* - a través de medicamentos o intervención - o *interna* - a través de cambios cognitivos, conductuales o psicodinámicos.

La persona o el equipo profesional ocupado en nuestro tema - la fertilidad - puede y debe combinar estos objetivos y coordinarlos con el fin de incrementar las tasas de éxito y de coste-eficacia (Campagne, 2006). Los tratamientos psicológicos preventivos y de apoyo deben ser aplicados incluso cuando su eficacia se ha establecido sólo provisionalmente o sea, deberían ser calificados de "basadas en la evidencia" a un nivel más bajo de evidencia de lo que se aplicaría a un tratamiento médico.

Continuaré con un esbozo de algunas de las vías neurobiológicas por las que el estrés puede influir en la fertilidad, y revisaré la evidencia experimental acerca de esta influencia en personas sanas. Sigue una revisión breve de la evidencia disponible acerca de la relevancia de algunos de los "marcadores" del estrés para el resul-

tado de la FIV. Finalmente, se debatirán unas razones técnicas y éticas del porqué las técnicas de fertilización deberían incluir al menos un intento serio de reducir los niveles de estrés presente.

### ¿CÓMO INTERACTÚAN ESTRÉS Y FERTILIDAD?

La mayoría de las investigaciones sobre la interacción entre el estrés emocional y la infertilidad de los últimos 30 años ha demostrado que, aunque la infertilidad causa estrés, el estrés no necesariamente causa infertilidad. Hay varios factores que juegan una parte en esta diferencia, siendo uno de los decisivos la cronicidad del estrés. El estrés puede promover cambios a largo plazo en múltiples sistemas neuroquímicos (Kaufman, Plotsky, Nemeroff y Chamey, 2000).

El estrés involucra las reacciones recíprocas y diferenciales del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) y de los nervios noradrenérgicos y adrenérgicos a diferentes tipos de "estresores", y también las diferencias fisiológicas entre la respuesta masculina y femenina. Modelos recientes contemplan muchas más interacciones con otros sistemas hormonales y neurobiológicos, como son el eje hipotalámico-pituitario-gonadal (HPG) o el sistema simpático-adrenal-medular (veáse Figura 1).

Los mediadores del estrés pueden tener tanto efectos protectores como dañinos, depende del curso del tiempo desde su secreción. A largo plazo producen lo que ha sido llamado "sobrecarga alostática" significando un cambio en la estabilidad de sistemas fisiológicos importantes con consecuencias negativas, que afectan a la fertilidad (McEwen, 2005).

El estrés se difiere de la ansiedad, y los marcadores biológicos no son concluyentes en cuanto a su nocividad. El estrés elevado no necesariamente se percibe psicológicamente como ansiedad, y viceversa. Sanders y Bruce (1999) establecieron una relación entre el estrés psicosocial y la fertilidad femenina, independiente de los niveles de las hormonas del estrés.

A los primeros trabajos de Selye (1950) en los que se observó atrofia ovárica en ratas expuestas a estrés, ha seguido un número de estudios que confirman el potencial del estrés para inhibir el eje HPG y afectar a la fertilidad (Berga, 1966). Sin embargo, los intentos de aislar enlaces causales *únicos* entre estrés e infertilidad han tenido menos éxito, lo cual no debe sorprender si se considera la naturaleza compleja de esta relación. Las hormonas del estrés y el eje HPA interactúan con hormonas que afectan a la fertilidad de forma directa,

como son la GnRH, prolactina, LH y FSH, tanto como con hormonas que pueden indirectamente interferir con la fertilidad como son el cortisol, los opiodes endógenos y la melatonina.

El hecho de que neurotransmisores similares y núcleos dentro del hipotálamo controlen tanto el estrés como la reproducción, incrementa las posibilidades de una interferencia recíproca. Otras sustancias aparentemente no relacionadas con la interacción HPA/adrenérgica han mostrado ejercer una influencia significativa sobre la fertilidad, como es el caso de las células T activadas en la sangre periférica, asociadas a un ratio de implantación reducido en mujeres recibiendo FIV (Dobson, Ghuman, Prabhakar y Smith, 2003; Gallinelli et al., 2001; Palter, Tavares, Hourvitz, Veldhuis y Adashi, 2001).

Tradicionalmente se considera el cortisol un indicador biológico del estrés, pero en fertilidad no es tan sencillo. Los niveles séricos de glucocorticoides muchas veces pero no siempre diferencian entre mujeres que conciben y otras que no, pero los niveles foliculares de las hormonas glucocorticoides, especialmente una cortisona folicular baja y un ratio cortisol/cortisona más elevado, han demostrado tener un efecto significativo sobre los porcentajes de embarazo en FIV. Se encontró un lazo entre fertilidad y la actividad de la enzima ovárica 11-hidroxiesteroide dehidrogenasa (11-HSD) que cataliza la interconversión de cortisol y de la biológicamente inactiva cortisona (Smith et al., 1997). Otros estudios encontraron diferencias significativas en el estradiol (E<sub>2</sub>) y las áreas de progesterona bajo la curva (AUC) en la fase lútea de las mujeres que concibieron después de FIV y las que no (Czemczky, Landgren y Collins, 2000). Así, el estrés puede que aparezca sólo en otras sustancias u otros sitios, o a muy bajos niveles, y no puede ser determinado con la medición de sólo glucocorticoides (Lewicka et al., 2003).

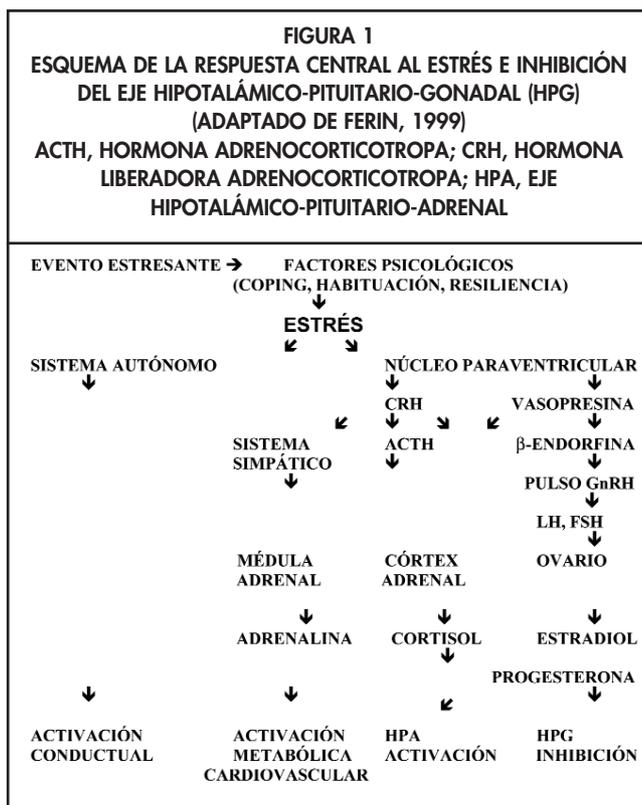
El estrés también ha demostrado tener un impacto negativo sobre diversos parámetros asociados con la calidad del semen, que de forma parecida declina en pacientes recibiendo FIV/ICSI (Clarke, Klock, Geoghegan y Travassos, 1999). Juegan un rol en la calidad y motilidad del esperma la pérdida de glutatión y del contenido de sulfidril libre del plasma seminal a causa del estrés (Eskiocak et al., 2005) o también la inhibición de la conversión de androstenediona a testosterona en células Leydig a causa de niveles elevados de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) y el cortisol (Klimek, Pabian, Tomaszewska y Kolodziejczyk, 2005).

### ¿QUÉ MARCADORES DEL ESTRÉS SON RELEVANTES PARA EL RESULTADO DE LA FIV?

La Tabla 1 dará una idea global de las sustancias relacionadas con el estrés que pueden afectar a la fertilidad, por diferentes métodos. La ansiedad anticipatoria y los niveles elevados de cortisol anticipatorio anterior a la recogida de ovocitos (RO) y transfer de embrión (TE) resultan en porcentajes inferiores de embarazo, como también resultan por la depresión, un "coping" altamente activo, la evasión pronunciada y una alta expresión de emoción (Smeenk et al., 2001, 2005). Estudios más antiguos usaron marcadores biológicos "tradicionales" y no encontraron los lazos significativos que estudios recientes identifican. Esto obliga a seleccionar una combinación de marcadores con relevancia demostrada para la fertilidad.

El estrés o su estado anímico negativo relacionado, la ansiedad, representa una amenaza al resultado de la fertilización FIV/ICSI, pero también lo hace la depresión (Smeenk et al., 2001). Niveles subclínicos de síntomas depresivos pueden tener implicaciones mayores para la salud (Gold, Zakowski, Valdimarsdottir y Bovbjerg, 2004).

Tipos diferentes de la respuesta adecuada al estrés o el



grado de "resiliencia", determinan sus efectos últimos (Demyttenaere, Nijs, Ever-Kiebooms y Koninckx, 1991, 1992). La exposición previa a un estresor crónico eleva significativamente la reactividad neuroendocrina a un estresor agudo nuevo, aunque no necesariamente se refleja en los cuestionarios de inventario del estrés-rasgo que son ampliamente utilizados en investigación (Gold, Zakowski, Valdimarsdottir y Bovbjerg, 2003). Como se ha dicho antes, tampoco los marcadores biológicos del estrés "tradicionales" necesariamente reflejan el estrés percibido. Por ejemplo, el impacto ansiogénico norepinefrínico es contrarrestado por el neuropéptido Y, mientras el impacto del cortisol es contrarrestado por la dehidroepiandrosterona (DHEA) (Rosenbaum y Covino, 2005).

Estos hallazgos obligan a medir el estrés antes y durante el tratamiento de fertilización, por una combinación de medidas biológicas y psicológicas.

Además, existen diferencias en habituación que están en la base de la cronicidad del impacto del estrés (Schommer, Hellhammer y Kirschbaum, 2003) y así influyen sobre la fertilidad a largo plazo.

### REDUCIR EL ESTRÉS ANTES DEL COMIENZO DEL TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

Las dimensiones de personalidad, modos de afrontamiento (coping), susceptibilidad al estrés y resiliencia correlacionan con el resultado de la FIV (Klonoff-Cohen, 2005). Estas influencias pueden contribuir a la infertilidad desde mucho antes de que el problema se manifieste. Así, el estrés agudo causado por el problema de fertilidad necesita ser distinguido del estrés crónico no causalmente relacionado con la infertilidad (Eugster, Vingerhoets, van Heck y Merkus, 2004).

Aquellos estudios acerca de la influencia del estrés sobre el resultado del tratamiento de fertilidad que midieron tanto el estrés/la ansiedad crónica (o "rasgo") y el estrés/la ansiedad procedural (o "estado") lo hacían con una medida en suero durante la primera consulta en la clínica de fertilidad. Sin embargo, la puntuación de estrés crónico obtenida así necesariamente incluye el estrés anticipatorio acumulado, provocado por las etapas previas de la "experiencia de infertilidad" que comenzó el día en que la pareja empezó a sospechar que algo podía estar mal. Además, incluye el estrés crónico por otras causas. El estrés agudo y crónico de base afecta a puntos finales (end-points) biológicos, o sea, a los ovocitos recogidos y fertilizados, pero también afecta al embarazo, al nacimiento vivo, al peso al nacer y a gestaciones múltiples, mientras el estrés procedural sólo influye sobre los puntos finales biológicos (Klonoff-Cohen, Chu, Natarajan y Sieber, 2001). El estrés de por sí aumenta el abandono de tratamiento (Rajkhowa, McConnell y Thomas, 2006). Por lo tanto, controlar el estrés de base es de aún más importancia que controlar el estrés inherente al tratamiento de fertilidad mismo.

Para proteger el embrión temprano, el estrés agudo producido por o durante el tratamiento de fertilidad debe ser tratado exclusivamente con técnicas o tratamientos psicológicos, apoyado posiblemente por ajustes dietéticos y cambios en el procedimiento. El estrés crónico, sin embargo, se beneficiaría más de un tratamiento antes del tratamiento de fertilidad (Cwikel, Gidron y Sheiner, 2004). En ambos casos, el enfoque debe ser ajustado diferencialmente a hombres y mujeres. La respuesta femenina al estrés marital, por ejemplo, difiere significativamente de la respuesta masculina y causa cambios más grandes y más persistentes hormonales e inmunológicos (Kiecolt-Glaser et al., 1997, 1998).

Los tratamientos psicológicos deben ser los que han sido validados para la particular situación del tratamiento

Sustancia/Método	Relevancia para estrés agudo/crónico	Relevancia como marcador de estrés para resultado FIV
Adrenalina	Alta	Alta (al RO, TE)
Noradrenalina	Alta	Alta (sólo al TE)
Hormona adrenocorticotropa (ACTH)	Alta	Alta
Amilasa	Variable	Cuestionada
Dehidroepiandrosterona	Alta	?
Cortisol	Variable	Depende del sitio
Estrógeno	Variable	?
Prolactina	Probable	Probable
Progesterona/Alopregnanolona	Variable	Cuestionada
LH	Probable	Probable
Vasopresina	Alta	?
Células citotóxicas naturales (NK)	Alta	Alta
Reacción cardiovascular al estrés provocado	Alta	Alta
Depresión (también subclínica)	Alta	Alta
Coping activo elevado	Alta	Probable
Evasión elevada	Alta	Probable
Expresión de emoción alta	Alta	Alta
Ansiedad-estado	Alta	Alta
Ansiedad-estado auto-informada	Cuestionada	Cuestionada
Ansiedad-rasgo	Alguna	Alguna
Ansiedad-rasgo auto-informada	Cuestionada	Cuestionada

de la infertilidad, ya que muchos remedios tradicionales aquí no funcionan o incluso empeoran la situación. La eficacia depende del factor masculino/femenino.

Tanto para mujeres como para hombres, el objetivo a corto plazo debe ser la reducción de los sentimientos del paciente de indefensión (Véase también Tabla 2).

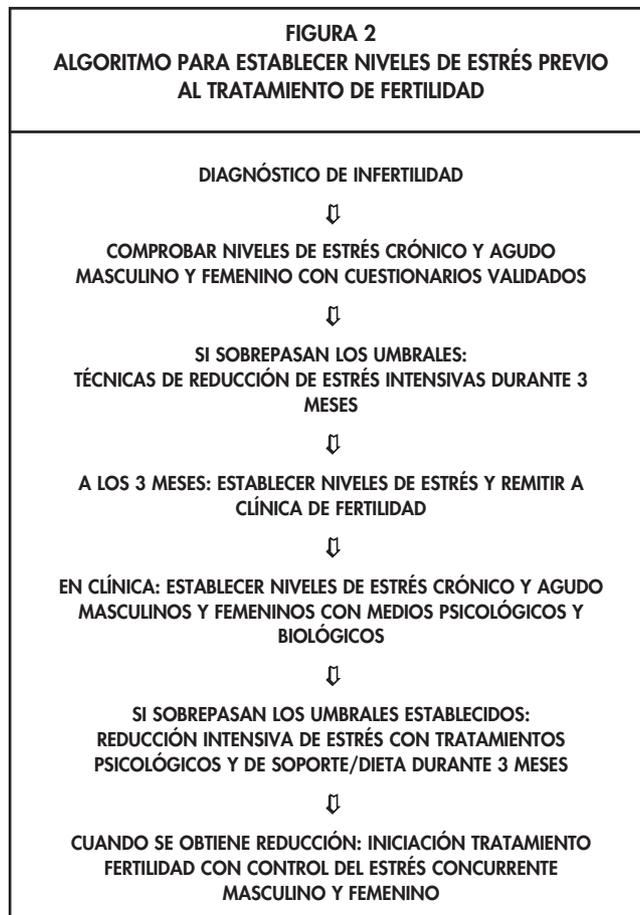
Para estructurar la toma de medidas psicológicas propongo el algoritmo de la Figura 2, que se basa sobre las premisas siguientes:

1. Es un médico que no es el especialista de la clínica de fertilidad, muchas veces el ginecólogo o el médico de cabecera, el que hace el diagnóstico preliminar de infertilidad.
2. Este médico debe comprobar los niveles de estrés con la ayuda de cuestionarios validados o remitir a un psicólogo para verificar si el estrés crónico juega un papel significativo. Estas mediciones no incluyen el estrés producido por las visitas a la clínica de fertilidad.
3. Si es indicado, se aplican técnicas de reducción de estrés, y después de 3 (?) meses se miden los niveles nuevamente con los mismos cuestionarios. Con estos resultados se remite a la pareja al tratamiento de fertilidad.
4. La clínica de fertilidad comprueba nuevamente los niveles de estrés, tanto los niveles psicológicos como los biológicos (véase Tabla 1 para una selección) y compara los hallazgos con las medidas anteriores para determinar la susceptibilidad al tratamiento del estrés.
5. Si los niveles aún sobrepasan los umbrales individuales establecidos, se intentan otros 3 (?) meses de reducción del estrés.
6. Cuando se consigue una reducción aceptable del estrés, se inicia el tratamiento de fertilidad con control del estrés concurrente para ambos.
7. Si el estrés de base sigue por encima de los umbrales máximos, se avisa a la pareja de la mayor probabilidad de un resultado negativo del tratamiento de fertilidad y se aconseja que continúe con la terapia hasta conseguir atenuar el estrés. Si a pesar del aviso insisten, se firma un consentimiento informado y se procede al tratamiento de fertilidad.

Varios estudios presentan resultados prometedores de intervenciones psicológicas que llevaron a tasas de embarazo más altas (Domar et al., 2000). Como hemos dicho, no está claro qué marcadores necesitan medirse para establecer los niveles de estrés. No podemos con-

fiar exclusivamente en umbrales objetivos de un marcador biológico común del estrés como son la adrenalina o el cortisol, dado que existe un solapamiento considerable de sus niveles entre mujeres tratadas con éxito o sin (Smeenk et al., 2005). Para inicialmente establecer niveles de estrés, un cuestionario prospectivo de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado puede producir datos de criba. El Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno, Antequera y Jenaro, 2008), creado y validado en población española, evalúa el desajuste emocional po-

<b>TABLA 2</b> <b>OBJETIVOS A CORTO PLAZO PARA PACIENTES MASCULINOS Y FEMENINOS (POOK 1999)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reducción de sentimientos de indefensión, a través de "coping" con infertilidad</li> <li>✓ Cambios en conducta sexual</li> <li>✓ Modificación de cogniciones negativas en cuanto a infertilidad</li> <li>✓ Superar deficiencias en conocimiento sobre fertilidad</li> <li>✓ Mejorar habilidades de comunicación de pareja</li> </ul>



siblemente causado por la infertilidad o por el proceso de reproducción asistida, y ofrece datos útiles para la intervención psicológica.

Se necesita más investigación para establecer la eficacia de intervenciones adicionales o alternativas. Mientras tanto, debería formar parte del protocolo de tratamiento una más atenta monitorización del estrés y de sus efectos, amén de intervenciones tempranas para reducir el estrés (para más información, véase el trabajo de Ávila y Moreno-Rosset incluido en este monográfico). Estas intervenciones se beneficiarían de una colaboración médico-psicólogo más estrecha (véase Tabla 3).

**RAZONES ÉTICAS Y TÉCNICAS APOYAN EL CONTROL DEL ESTRÉS ANTES DE INICIAR LOS TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD**

La evidencia disponible en este momento apoya las tres afirmaciones siguientes:

1. La infertilidad causa estrés a la pareja involucrada.
2. Los tratamientos de fertilidad causan estrés a la pareja involucrada.
3. El estrés puede ser causa primaria o secundaria de infertilidad.

La ética profesional aporta razones propias para aceptar como válidas las tres afirmaciones y para que el médico actúe en consecuencia. Si la psicología puede ayudar a solucionar la infertilidad, entonces la psicología debe ser

aplicada como primera opción antes de que se tomen pasos más invasivos. El profesional aplicará los tratamientos menos invasivos primero. Ante eso, el protocolo de tratamiento debe considerar el estrés como una causa, tanto como una consecuencia de la infertilidad.

El coste económico del tratamiento de la infertilidad es elevado. Si se consigue una mejor fertilidad con una reducción primaria del estrés agudo y/o crónico, entonces esta debería ser la directiva tanto para instituciones privadas como públicas.

Estar en control de un tratamiento de fertilidad para el biólogo y el técnico de laboratorio significa que el número de variables biológicas sea el más pequeño posible. Como hemos visto, el estrés resulta en cambios en un número de variables que son difícilmente previsibles o controlables. El ciclo de tratamiento y sus componentes individuales se controlarán mejor si las influencias exógenas causadas por estrés crónico y agudo se redujesen o se eliminasen antes del comienzo del ciclo de tratamiento.

**CONCLUSIÓN**

La infertilidad es un asunto relativo y depende de los cambios provocados por el ser humano, la naturaleza o el azar. El estrés agudo y crónico puede causar infertilidad, o reducir la tasa de éxito de los tratamientos de fertilidad. El estrés actúa por mecanismos diferentes y sus niveles no pueden ser determinados midiendo sólo los glucocorticoides o sólo la ansiedad-estado. Requiere una colaboración entre la ginecología, la biología y la psicología.

El estrés agudo debe diferenciarse del estrés crónico. La evidencia disponible determina que el protocolo del tratamiento de fertilidad debe incluir el control del estrés y la reducción del estrés como factores de importancia mayor. Debería llegarse al consenso en cuanto a un protocolo que contemple:

1. la (muy) temprana medición del estrés en el procedimiento de la reproducción asistida
2. los umbrales absolutos o relativos desde los que deben ser considerados una amenaza a la tasa de éxito del tratamiento de fertilidad y así indicar la necesidad de un pre-tratamiento para reducir niveles de estrés agudo y crónico, y
3. qué tratamientos apoyados por la evidencia se pueden recomendar para este fin.

La reducción del estrés es una forma no-invasiva, menos cara y éticamente aceptable para mejorar la fertili-

<p><b>TABLA 3</b>  <b>INTERVENCIONES PARA EL CONTROL DEL ESTRÉS EN EL TRATAMIENTO DE FERTILIDAD</b></p>	
<p><b>Métodos procedurales:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolos con selección de pacientes según niveles de estrés crónico existentes y la respuesta a estresores agudos</li> <li>- Tratamientos preliminares para reducir ansiedad y depresión antes del inicio de los ciclos de fertilización</li> </ul>
<p><b>Métodos psicológicos:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia cognitiva-conductual</li> <li>- Entrenamiento en relajación</li> <li>- Orientación diferencial en cuanto a infertilidad</li> <li>- Permiso sabático de fertilidad</li> </ul>
<p><b>Métodos técnicos:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestras de reserva de semen congelado tomado en momentos de bajo estrés fuera del ciclo de fertilización</li> <li>- Refinamiento continuado de las técnicas de fertilización (eliminación del acrosoma antes de ICSI (Morozumi 2005))</li> </ul>
<p><b>Métodos neurobiológicos:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer líneas de base individuales y marcadores de estrés específicos</li> <li>- Establecer umbrales para remitir</li> <li>- Monitorizar por estrés antes y durante el tratamiento de fertilidad</li> </ul>

dad. El profesional en medicina reproductiva siempre debe verificar niveles de estrés antes de iniciar un tratamiento de fertilidad, y ajustar la selección y el protocolo del tratamiento en consonancia.

## REFERENCIAS

- Berga, S.L. (1996). *Functional hypothalamic chronic anovulation*. En: E.Y.Adashi, J.A.Rock y Z.Rosenwaks, Eds. *Reproductive endocrinology, surgery and technology*. (Vol.1, pp.1061-1076). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Campagne, D.M. (2006). Should fertilization treatment start with reducing stress? *Human Reproduction*, 21(7), 1651-1658.
- Clarke, R.N., Klock, S., Geoghegan, A. y Travassos, D.E. (1999). Relationship between psychological stress and semen quality among in-vitro fertilization patients. *Human Reproduction* 14(3), 753-758.
- Cwikel, J., Gidron, Y. y Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 117(2),126-131.
- Czemczky, G., Landgren, B.M. y Collins, A. (2000). The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* 79(2):113-118
- Demyttenaere, K., Nijs, P., Ever-Kiebooms, G. y Koninckx, P.R. (1991). Coping, ineffectiveness of coping and the psychoendocrinological stress responses during in-vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Research* 35(2-3),231-243.
- Demyttenaere, K., Nijs, P., Ever-Kiebooms, G. y Koninckx, P.R. (1992). Coping and the ineffectiveness of coping influence the outcome of in vitro fertilization through stress responses. *Psychoneuroendocrinology* 17(6), 655-665.
- Dobson, H., Ghuman S., Prabhakar, S. y Smith R. (2003). A conceptual model of the influence of stress on female reproduction. *Reproduction* 125,151-163.
- Domar, A.D., Seibel, M.M. y Benson, H. (1990). The mind/body program for infertility: a new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility* 53, 246-249.
- Domar, A.D, Clapp, D., Slawsby, E.A., Dusek, J., Kessel, B., Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility* 73, 805-811.
- Eskiocak, S., Gozen, A.S., Yapar, S.B., Tavas, F., Kilic, A.S. y Eskiocak M. (2005). Glutathione and free sulphhydryl content of seminal plasma in healthy medical students during and after exam stress. *Human Reproduction* 20(9), 2595-2600.
- Eugster, A, Vingerhoets, A.J., van Heck, G.L. y Merkus J.M. (2004). The effect of episodic anxiety on an in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment outcome: a pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 25(1), 57-65.
- Gallinelli, A., Roncaglia, R., Matteo, M.L., Ciaccio, I., Volpe, A. y Facchinetti, F.(2001). Immunological changes and stress are associated with different implantation rates in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *Fertility and Sterility* 76(1),85-91.
- Gold, S.M., Zakowski, S.G., Valdimarsdottir, H.B. y Bovbjerg D.H. (2003). Stronger endocrine responses after brief psychological stress in women at familial risk of breast cancer. *Psychoneuroendocrinology* 28, 584-593.
- Gold, S.M., Zakowski, S.G., Valdimarsdottir, H.B. y Bovbjerg D.H. (2004). Higher Beck depression scores predict delayed epinephrine recovery after acute psychological stress independent of baseline levels of stress and mood. *Biological Psychology* 67, 261-273.
- Hunfeld, J.A.M., Passchier, J., Bolt, L.L. y Buijsen M.A.J.M. (2004) Protect the child from being born: arguments against IVF from heads of the 13 licensed Dutch fertility centres, ethical and legal perspectives. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 22(4), 279-289.
- Kaufman, J., Plotsky, P., Nemeroff, C. y Chamey D.(2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biological Psychiatry* 48, 778-790.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser R., Cacioppo, J.T., MacCallum R.C., Snyder-Smith, M., Kim, C. y Malarkey W.B.(1997). Marital conflict in older adults: endocrinological and immunological correlates. *Psychosomatic Medicine* 59(4), 339-349.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., Cacioppo, J.T. y Malarkey, W.B. (1998). Marital stress: immunologic, neuroendocrine, and autonomic correlates. *Annals of the New York Academy of Science* 840, 656-663.
- Klimek, M., Pabian, W., Tomaszewska, B. y Kolodziejczyk, J. (2005). Levels of plasma ACTH in

- men from infertile couples. *Neuroendocrinology Letters* 4 (26).
- Klonoff-Cohen, H. (2005). Female and male lifestyle habits and IVF: what is known and unknown. *Human Reproduction Update* 11(2), 180-204.
- Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L. y Sieber W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility* 76(4), 675-87.
- Lewicka, S., Hagens, C. von, Hetting, U., Grunwald, K., Vecsei, P., Runnebaum, B. y Rabe, T. (2003). Cortisol and cortisone in human follicular fluid and serum and the outcome of IVF treatment. *Human Reproduction* 18(8), 1613-1617.
- De Liz, T.M. y Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction* 20(5), 1324-1332.
- Lord, S., Robertson, N. (2005). The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 23(4), 319-332.
- McEwen, B.S. Stressed or stressed out: What is the difference? *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 30(5), 315-318.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2008). *DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad*. Premio TEA Ediciones, 2007. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Palter, S.F., Tavares, A.A.B., Hourvitz, A., Veldhuis, J.D. y Adashi, E.Y. (2001). Are estrogens of import to primate/human ovarian folliculogenesis? *Endocrine Reviews* 22(3), 389-424.
- Rajkhowa, M., McConnell, A. y Thomas, G.E. (2006). Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human Reproduction* 21(2), 358-363.
- Rosenbaum, J.F. y Covino, J.M. (2005). Stress and Resilience: Implications for depression and anxiety. *Medical Science Psychiatry & Mental Health* 10(2)
- Sanders, K.A. y Bruce, N.Q. (1999). Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Human Reproduction* 14, 1656-1662.
- Schommer, N.C., Hellhammer, D.H. y Kirschbaum, C. (2003). Dissociation between reactivity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis and the sympathetic-adrenal-medullary system to repeated psychosocial stress. *Psychosomatic Medicine* 65, 450-460.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature* 138, 32-34.
- Smeenk, J.M.J., Verhaak, C.M., Eugster, A., Minnen, A. van, Zielhuis, G.A. y Braat, D.D.M. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction* 16(7), 1420-1423.
- Smeenk, J.M.J., Verhaak, C.M., Vingerhoets, A.J.J.M., Sweep C.G.J., Merkus J.M.W.M., Willemsen S.J., van Minnen A., Straatman H., Braat D.D.M. (2005). Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. *Human Reproduction* 20(4), 991-996.
- Smith, R.E., Salamonsen, L.A., Komesaroff, P.A., Li, K.X., Myles, K.M., Lawrence, M., Krozowski, Z. (1997). 11 $\beta$ -Hydroxysteroid dehydrogenase type II in the human endometrium: localization and activity during the menstrual cycle. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 82, 4252-4257.
- Thiering, P., Beaurepaire, J., Jones, M, Saunders, D. y Tennant, C. (1993). Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). *Journal of Psychosomatic Research* 37(5), 481-491.
- Verhaak, C.M., Smeenk, J.M.J., Evers, A.W.M., van Minnen, A., Kremer, J.A.M. y Kraaiaam, F.W. (2005). Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine* 28(2), 181-190.

## TERAPIA DE PAREJA EN INFERTILIDAD COUPLE THERAPY IN INFERTILITY

Noelia Flores Robaina<sup>1</sup>, Cristina Jenaro Río<sup>1</sup> y Carmen Moreno Rosset<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Universidad de Salamanca. <sup>2</sup>Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

La infertilidad suele suponer una "crisis vital" para las personas que la padecen y sus parejas. El impacto psicológico experimentado en estos momentos puede repercutir negativamente en la relación de ambos cónyuges. En estos casos, la intervención profesional debe centrarse en ayudar a la pareja a superar el diagnóstico y a afrontar con éxito los problemas ocasionados en su relación. El objetivo de este trabajo consiste en exponer los principales problemas de pareja que suelen ocurrir como consecuencia de la infertilidad así como describir el procedimiento de actuación del psicólogo para el tratamiento de las parejas con problemas en su relación durante las fases de diagnóstico y tratamiento de reproducción asistida. Finalmente, se comenta brevemente cómo puede ayudar el psicólogo a las parejas que optan por otros procedimientos como donación de gametos u adopción así como a aquellas que deciden finalizar el tratamiento sin utilizar dichas opciones.

**Palabras clave:** Infertilidad, Problemas de pareja, Terapia de pareja, Consejo psicológico.

Infertility may lead to a "life crisis" for infertile individuals and their partners, and the psychological consequences can have a negative impact on the relationship. In such cases, professional intervention should focus on helping the couple to cope with the diagnosis and with the problems arising in their relationship. The goal of this paper is to discuss the main issues couples may face as a consequence of infertility and to describe the psychologist's treatment protocol for couples with relationship issues during the phases of diagnosis and treatment with assisted reproduction techniques. Finally, we briefly discuss how the psychologist can help couples who choose other procedures, such as egg donation or adoption, or who opt to discontinue the treatment.

**Key words:** Infertility, Couples' issues, Couple therapy, Psychological counselling.

**S**egún la Organización Mundial de la Salud, existen en el mundo aproximadamente ochenta millones de parejas con problemas de fertilidad o dificultades para concebir un hijo, es decir, unas quince de cada cien parejas no logran la fertilidad o no pueden llevar a cabo un embarazo a término (Parada, 2006). La infertilidad, por tanto, se define como la incapacidad para concebir tras un año de relaciones sexuales no protegidas, mientras que la esterilidad se considera como la imposibilidad absoluta de concebir. En España se considera que entre el 10 y el 20% de las parejas son infértiles (González, 2000) y se estima que de éstas, al menos un 60% recurrirán a los procedimientos de reproducción asistida para poder concebir un hijo.

Así mismo, existe acuerdo en señalar multitud de factores, además de las alteraciones estrictamente médicas padecidas por el hombre y la mujer, que inciden directa o indirectamente en el aumento de la infertilidad o en los problemas de concepción. Entre dichos factores cabe señalar las enfermedades de transmisión sexual, el consumo elevado de alcohol, tabaco y drogas, algunos

medicamentos, los trastornos de la alimentación, el estrés y la ansiedad así como otros relacionados con los métodos anticonceptivos utilizados (p.e. utilización de dispositivos intrauterinos), el acceso de la mujer al mercado laboral y la edad avanzada a la que se desea tener hijos. Sin embargo, tales condicionantes responsables de la infertilidad no parecen amenazar a priori el equilibrio y bienestar de la pareja. Así por ejemplo una mujer que padezca alguna alteración en las trompas de Falopio que le impida quedarse embarazada o un hombre con una escasa producción de espermatozoides, pueden presentar un perfecto estado de salud, y disfrutar de la vida junto con su pareja a lo largo de toda su vida. En cambio, dichos factores se convertirán en disfuncionales y podrán suponer un obstáculo para las parejas en el momento en que decidan tener un hijo y fracasen en el intento. Será en estos momentos cuando las parejas experimenten frustración y fracaso respecto a sus expectativas y deseos de procreación y de convertirse en padres.

Existe consenso en considerar que la dificultad para tener hijos, cuando existe el deseo de tenerlos, supone una de las situaciones más difíciles a las que tiene que hacer frente la pareja a lo largo de su historia personal y que afecta no sólo a la identidad personal de cada uno de los miembros sino también al proyecto vital de la pareja (Llavona y Mora, 2003; Moreno-Rosset, 2000a). Por

Correspondencia: Noelia Flores Robaina. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Salamanca. Avda. de la Merced, 109-131. 37005 Salamanca. España. E-mail: nrobaina@usal.es

tanto, los procedimientos diagnósticos y los tratamientos de reproducción asistida suelen representar una fuente de estrés adicional para la mayoría de las parejas, que afecta a las distintas áreas de su funcionamiento habitual. Pese a ello, la posibilidad de concebir un hijo supone para estas parejas una motivación suficientemente potente como para enfrentarse a posibles desgastes físicos, psicológicos, de relación de pareja, económicos, sociales o familiares (Moreno-Rosset, Núñez y Caballero, 1999).

Los individuos en esta situación se ven enfrentados, en muchas ocasiones, a una crisis que genera sentimientos de angustia, pérdida y frustración importantes. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que la infertilidad puede dar lugar a alteraciones psicológicas como ansiedad elevada, depresión, baja autoestima, estrés, ira, sentimientos de culpa y pérdida de control de la propia vida (Gerrity, 2001; Guerra, 1998; Moreno-Rosset, 2000a; McQuillan, Greil, White y Jacob, 2003; Sanjuán, 2000). Otros estudios han concluido que la infertilidad afecta a la calidad de vida de las parejas siendo menor que la satisfacción experimentada por aquellos que no padecen este problema (Schanz, Baeckert-Sifeddine, Braeulich, Collins, Batra, Gebert, Hautzinger y Fierlbeck, 2005; Van der Akker, 2005).

Con respecto a la relación de pareja, también se ha constatado que la infertilidad puede ocasionar dificultades en la relación marital, tanto en el ámbito afectivo como en el de la comunicación, la relación sexual o incluso de la afiliación (Leiblum, 1997; Olivius, Friden, Borg y Bergh, 2004). En esta línea, Burns y Covington (1999) encontraron que la infertilidad alteraba la comunicación, hacía que disminuyera el interés por la pareja, empobrecía la relación sexual y podía provocar que los miembros de la pareja se replantearan seguir juntos.

Pese a esto, otras investigaciones sugieren que la infertilidad aumenta la unión, el amor, el apoyo en la pareja y además supone una experiencia de crecimiento personal para ambos cónyuges (Callan, 1987; Pasch y Christensen, 2000). Factores como la calidad de la relación de pareja y el adecuado ajuste marital antes de la aparición del problema de infertilidad parecen explicar el mantenimiento y fortalecimiento de la relación tras la aparición del mismo (Cutrona, 1996; Peterson, Newton y Rosen, 2003).

Todas estas evidencias dan cuenta de la infertilidad como un problema complejo con una amplia variedad de manifestaciones y ante el que cada pareja puede responder de manera diferente. Tal variabilidad puede explicarse, de acuerdo con Gerrity (2001), por el tipo de

infertilidad que presente la pareja, por el modo de afrontar el problema y por el rol que adopte cada miembro.

Pese a todo, se afirma de forma unánime que la infertilidad es un problema que afecta a la pareja como entidad unitaria y que así debe ser tratado en terapia psicológica (veáse Ávila y Moreno-Rosset en este mismo número; Guerra, Llobera, Veiga y Barri, 1988; Lechner, Bolman y Van Dalen, 2007; Moreno-Rosset, 2000a; Wischman, 2005; Wischman, Stammer, Scherg, Gerhard y Verres, 2001). Por tanto, es probable que aquellas parejas que presenten un buen ajuste marital, una visión compartida del problema y una adecuada comunicación entre ambos miembros afronten de manera más saludable su situación de infertilidad e incluso salgan fortalecidas de la misma, frente a aquellas otras para las que la infertilidad supondrá un problema de tal intensidad que ponga en juego su propia relación de pareja. Estas últimas centraran nuestro interés a lo largo del presente trabajo.

### CONSECUENCIAS DE LA INFERTILIDAD EN LA RELACIÓN DE PAREJA

Como hemos venido diciendo, la infertilidad constituye una situación de estrés crónico comparable con el divorcio, la muerte de algún familiar o incluso con una enfermedad crónica como el cáncer o el sida (Domar, Zuttermeister y Friedman, 1993). De hecho, las parejas infértiles se someten a un régimen estresante de visitas continuas al médico, tratamientos farmacológicos, relaciones sexuales programadas e intervenciones quirúrgicas que suponen una carga para su vida diaria y que puede afectar de alguna manera a su estado emocional, social, físico e, incluso, intelectual (Moreno-Rosset, 1999; 2000b). No es de extrañar, por tanto, que todo ello suponga una crisis vital que amenace la estabilidad de la pareja cuando la relación entre sus miembros no sea lo suficientemente sólida (Mahlsted, 1994).

En la literatura científica encontramos también numerosas evidencias respecto a los principales problemas de pareja asociados a la infertilidad. Entre los más estudiados destacan las dificultades en la comunicación interpersonal y los problemas sexuales. Respecto al primero, diferentes autores han constatado que la dificultad para comunicarse puede aumentar durante el tratamiento de reproducción asistida como consecuencia del elevado estrés experimentado por la pareja (Newton, Sherrad, y Glavad, 1999; Schmidt, Holstein, Christensen y Boivin, 2005). Otros autores, por su parte, ponen de manifiesto que los problemas de comunicación se originan cuando la pareja no expresa

abiertamente sus sentimientos respecto a la infertilidad y cuando no comparten una misma visión sobre el problema (Pash y Christensen, 2000). Así, es frecuente encontrar a parejas con problemas de comunicación que se han originado porque uno de los cónyuges (generalmente el marido), con la intención de proteger a su esposa y no generarle un mayor sufrimiento, no expresa sus emociones y las reprime ante la pareja. Como consecuencia, la esposa experimenta desatención que acaba provocándole resentimientos hacia el cónyuge y que le lleva a pensar que éste no está experimentando sus mismas emociones. Tales pensamientos suelen aumentar la angustia y la tensión entre los miembros de la pareja. En estos casos, el psicólogo deberá ayudarles a normalizar sus sentimientos ante la infertilidad y enseñarles a expresar abiertamente sus emociones para reestablecer el adecuado equilibrio en la pareja.

Por otro lado, la vida sexual de la pareja también suele resentirse como consecuencia de la infertilidad haciendo que, en muchos casos, disminuya la calidad y frecuencia de las relaciones sexuales. Diferentes autores concluyen que la infertilidad produce un descenso del deseo sexual, problemas de eyaculación, dificultades para conseguir el orgasmo e insatisfacción sexual en general (Daniluk y Tench, 2007; Read, 2004; Wirtberg, Moller, Hogstrom, Tronstad y Lalos, 2007). Al parecer, tener que programar las relaciones sexuales en días concretos del ciclo o hacer que éstas adquieran un carácter meramente reproductor lleva a la pérdida de la espontaneidad, que es uno de los principales problemas que suele afectar a las parejas y por el que suelen solicitar ayuda e intervención profesional (Moreno-Rosset, 1999). En otros casos, sin embargo, el sexo se convierte en una experiencia dolorosa por la incapacidad para concebir. Ante estos problemas, la misión del profesional será ayudar a la pareja a recuperar el placer, la satisfacción y la comunicación afectiva y también habrá de intervenir en aquellas parejas que presenten disfunciones sexuales.

Hasta aquí hemos expuesto cómo la infertilidad es un acontecimiento vital estresante que genera un fuerte impacto emocional en el individuo y que puede amenazar a la relación de pareja. Por tanto, la terapia de pareja será recomendable en aquellos casos en los que el equilibrio de la relación se haya visto alterado como consecuencia de la infertilidad y también en aquellos otros en los que, aunque inicialmente no haya problemas, la pareja pueda estar en riesgo de tenerlos.

Los procedimientos más utilizados en el tratamiento psicológico de parejas infértiles son los derivados de la terapia cognitivo-conductual. Dichas técnicas han

demostrado su eficacia tanto en el afrontamiento del diagnóstico de la infertilidad como durante el tratamiento de la misma (véase Ávila y Moreno-Rosset y Campagne en este mismo número; Moreno-Rosset, 1999; Pash y Christensen, 2000). Así mismo, los objetivos que se persiguen con la terapia de pareja en estos casos son: (1) la enseñanza de habilidades afrontamiento respecto a su situación de infertilidad; (2) la mejora la calidad de la comunicación e interacción en la pareja; (3) el aprendizaje de habilidades para solucionar los conflictos en la relación de pareja derivados de la infertilidad; y (4) la ayuda en la búsqueda de soluciones y alternativas ante la posibilidad de un futuro sin hijos (Stammer, Wischmann y Verres, 2002).

### TERAPIA DE PAREJA DURANTE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD

Según Moreno-Rosset (2006), el tratamiento psicológico de la pareja infértil debe comenzar en el mismo momento en que ésta tiene conocimiento del problema debido a que la fase de diagnóstico suele suponer una "crisis vital" que se acompaña de sensaciones de culpa, impotencia, falta de control, estrés, y en definitiva, de una gran sobrecarga emocional (Witkin, 1995). En este momento es frecuente que la pareja experimente emociones que pueden afectar negativamente a su relación (Parada, 2006). Entre las reacciones más comunes destacan (Read, 1995):

- Estado de shock: para muchas parejas la infertilidad es una realidad difícil de aceptar y algunas responden con sentimientos de incredulidad. En esta fase son frecuentes las reacciones emocionales intensas e incluso los sentimientos de entumecimiento emocional.
- Negación: la pareja piensa que el diagnóstico es equivocado y muchas suelen solicitar otras opiniones médicas.
- Culpa-culpabilización: este sentimiento es muy común en las personas con problemas de fertilidad. En un intento por determinar el porqué de su infertilidad, un miembro de la pareja puede pensar que sus anteriores comportamientos han causado el problema. Frecuentemente el miembro portador del problema suele sentir que está privando a su pareja de la posibilidad de tener hijos. En otros casos los miembros de la pareja llegan a culparse uno al otro por su incapacidad para concebir, experimentando resentimiento y rabia hacia el cónyuge.
- Pérdida de control: descubrir la infertilidad en la pareja desmonta los sentimientos de control sobre la propia vida, dejando a un lado otros aspectos de la

vida individual y de pareja para centrarse en el tratamiento.

- Aislamiento social: es frecuente que la pareja busque aislarse como una manera de protegerse ante sentimientos como la rabia o la envidia ante otros familiares o amigos que no presentan el problema.

Por tanto, para determinadas parejas, el diagnóstico de la infertilidad puede suponer el inicio de un problema que se extiende a todas las esferas de su vida, incluida su relación. Como hemos comentado previamente, la calidad de la relación mantenida por ambos cónyuges antes del diagnóstico es un factor que amortigua el fuerte impacto emocional asociado al diagnóstico (Pash y Christensen, 2000). Otros factores que también contribuyen al adecuado afrontamiento son los recursos personales, como por ejemplo el estilo de personalidad "resistente", y el apoyo social percibido por la pareja, tanto de familiares como de amigos.

Por ello, ante un primer contacto y con objeto de detectar a parejas susceptibles de tratamiento psicológico el Grupo de Interés de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) constituido en el año 2005 recomienda la aplicación de herramientas de *screening* cuyos resultados puedan servir para determinar a grupos de riesgo y orientar mejor las intervenciones en aquellas parejas con problemas. En el caso que nos ocupa, el Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA; Moreno, Antequera y Jenaro, 2008) constituye una herramienta muy útil para este fin ya que nos aportará la información necesaria para conocer el ajuste de la pareja y los recursos con los que cuenta para afrontar su situación de infertilidad. Así, se podrá recomendar terapia de pareja a aquellos miembros que obtengan puntuaciones elevadas en desajuste emocional y posean escasos recursos adaptativos. El DERA, por tanto, ayuda en la identificación de áreas prioritarias de intervención con la pareja.

Por otro lado, la intervención del psicólogo en la fase de diagnóstico también se ha de centrar en ayudar a la pareja a normalizar y legitimar los sentimientos y emociones asociadas a este momento. Es importante escuchar a la pareja en sus primeras quejas, contenerlas y normalizar todas las reacciones emocionales que estén experimentando. Para ello, terapeuta deberá prestar atención a todo lo comunicado por la pareja y transmitirles una profunda empatía a través de la escucha activa y la aceptación no crítica de sus vivencias (Moreno-Rosset, 2000a). Es muy importante, por tanto, construir una buena relación terapéutica con la pareja en la que se dispense una buena acogida y se cree un clima agradable y de

confianza. Un buen clima facilitará que la pareja se exprese abiertamente, con libertad y que comunique sus emociones y pensamientos, así como sus dudas y preocupaciones de cara al futuro (Read, 1995).

A continuación el psicólogo ha de ayudar a la pareja a identificar su problema e integrarlo en su vida y en su proyecto de pareja. Este momento debe ser aprovechado por el terapeuta para explorar la comunicación e interacción entre los miembros de la pareja (Moreno-Rosset, Núñez y Caballero, 1999; Moreno y Guerra, 2007). Para ello, pedirá a ambos que expresen el significado que tiene la infertilidad en sus vidas. Como hemos comentado previamente, tener una visión compartida del problema ayuda a las parejas en este momento. No obstante, suele suceder que uno de los cónyuges no tiene la misma visión del problema y que viva la infertilidad con mayor estrés que el otro. En esta línea, Guerra y Tirado (2007) comentan, por ejemplo, que muchas mujeres ven la infertilidad como una discapacidad personal y se culpan por no tener hijos de forma espontánea. Así mismo las autoras sugieren que, ante estos casos, se pregunte a la persona qué piensa sobre el desarrollo de sus capacidades en otras facetas de su vida (p.e. el trabajo), qué piensa su pareja al respecto, cuáles son las ventajas y desventajas de mantener estos pensamientos y finalmente, si consideran que es justo evaluarse por algo de lo que no son responsables.

Ante los casos de pautas de comunicación disfuncionales, el terapeuta puede enseñarles estrategias de comunicación asertiva, de forma que la pareja aprenda a aceptar las vivencias del otro sin resentimiento, aunque no se correspondan con las propias. La pareja debe aprender que cada uno tiene una forma diferente de vivir el problema. Habrá que enseñarles, por tanto, a exponer su dolor y sus necesidades, escuchar y atender a las preocupaciones de su compañero/a y a aceptar la experiencia del otro como válida, sin intentar cambiarla (Guerra y Tirado, 2007). El psicólogo ha de tratar igualmente de fomentar el diálogo y la comunicación activa entre ambos cónyuges mediante la escucha activa, la utilización de los turnos de palabra o acudiendo a otras técnicas como el modelado y el role-playing cuando sus interacciones no sean adecuadas. Además, deberá ofrecer información a la pareja respecto a la situación que están viviendo y los posibles cambios que pueden experimentar en diferentes áreas de su funcionamiento habitual, como por ejemplo, su relación personal, cambios emocionales, su autoestima o incluso su relación sexual (Moreno-Rosset, 2000a). Es muy importante enseñar a la pareja a discutir sobre sus propias respuestas emocionales, de modo que se eviten falsas expectativas sobre el comportamiento del otro.



Respecto a las relaciones sexuales, uno de los principales problemas que puede afectar a la pareja durante el diagnóstico tiene que ver con la pérdida de interés hacia el sexo y la disminución de la frecuencia de los encuentros sexuales. Como ya se ha comentado, el estrés y el fuerte impacto emocional que acompaña a este momento pueden ser la causa de dichas dificultades (Read, 2004). También se ha constatado que tanto los procedimientos diagnósticos como los diferentes tratamientos pueden interferir en la relación sexual de la pareja (Raval, Sald y Lieberman, 1987; Moreno-Rosset, 2000a). En este sentido, no debemos olvidar que, hasta la confirmación del problema de infertilidad, las parejas han podido pasar bastante tiempo centradas en el aspecto reproductivo de su relación, limitando la frecuencia de sus relaciones sexuales a días concretos e incluso absteniéndose de mantener relaciones en momentos determinados, especialmente en los días previos a las pruebas de diagnóstico (Moreno-Rosset, 1999). Por todo ello, es bastante probable que la naturalidad y espontaneidad de sus relaciones se haya perdido y que la motivación por la reproducción sea lo que haya mantenido el deseo sexual. Esto puede convertirse en un problema especialmente cuándo uno de los miembros experimenta una pérdida de satisfacción. Ante estos casos el profesional ha de orientar a la pareja para que “redescubra” su relación y el placer asociado al acto. Además, también se habrá de hacer hincapié en fomentar todas aquellas conductas que vayan más allá de la propia genitalidad y se animará a las parejas a que utilicen otras expresiones y manifestaciones de afecto como son las caricias, los abrazos, los besos y la exploración de otras zonas de placer (López, 2000).

Cuando la solución al problema de infertilidad requiera la aplicación de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), se debe ofrecer información precisa a la pareja sobre las técnicas susceptibles de ser aplicadas en su caso concreto y sobre las ventajas, inconvenientes o posibles riesgos de éstas (Moreno-Rosset, 1999). En este momento el psicólogo deberá ayudar a la pareja a examinar todas las posibles alternativas al problema de fertilidad de tal manera que puedan tomar decisiones informadas sobre los tratamientos a los que van a ser sometidos y respecto a cuándo, cómo y por qué seguir un determinado tratamiento, así como realizar una planificación del mismo. En estos momentos, se puede sugerir la inclusión de la pareja en alguna terapia grupal con objeto de conocer a otros afectados y normalizar así sus vivencias (Moreno y Guerra, 2007).

Cuando la pareja decide iniciar un tratamiento de TRA,

comienza un proceso largo y continuo de toma de decisiones que suele ser vivido también con un elevado nivel de estrés emocional. De hecho, numerosos estudios han encontrado que el nivel de estrés experimentado durante este período afecta a la calidad de vida de la pareja y puede tener consecuencias negativas para la relación (Guerra et al., 1998; Moreno-Rosset, 2000a; Wischmann, 2005). En este sentido, se recomienda trabajar con la pareja sus habilidades de comunicación y sus estrategias de resolución de problemas. Se les ha de enseñar a tomar decisiones de manera ecuanime respecto a los posibles tratamientos a aplicar y a cuándo darlos por finalizados, siendo conscientes y realistas de su propia situación de infertilidad.

Por lo general e independientemente del procedimiento o técnica de RA que se aplique, los tratamientos de infertilidad suelen tener distintas fases: una primera de “tratamiento farmacológico” que consiste en la hiperestimulación ovárica a fin de que se genere la mayor cantidad posible de ovocitos en un ciclo y aumentar así las posibilidades de fecundación y por ende, de embarazo; una segunda fase donde se aplica el procedimiento de RA correspondiente (inseminación artificial con o sin donante de semen o Fecundación in Vitro con todas sus variantes); una tercera fase de espera de resultados y la última fase de obtención de resultados (Moreno-Rosset, 2000a).

Diferentes autores han evidenciado que durante el proceso de tratamiento de TRA, la pareja experimenta una sensación de pérdida de control que puede verse incrementada por otros sentimientos como el fracaso personal o la culpa (véase Llavona en este mismo monográfico). La pareja entrará en un nuevo mundo en el que la toma de decisiones se convierte en una parte integral de su vivencia cotidiana. Frecuentemente, al ir haciéndose presentes los resultados de los tratamientos, y a medida que se van sucediendo los intentos fallidos, la confusión de la pareja aumenta y la toma de decisiones cambia de dirección abruptamente. Es entonces, cuando la pareja puede comenzar a explorar diferentes posibilidades nunca antes planteadas como pueden ser la donación de gametos o la adopción. En estos momentos y durante todo el proceso de tratamiento, aparecerán dudas y esperanzas sobre los resultados, miedo al fracaso, ocultación social del problema u otro tipo de sentimientos como ansiedad, depresión y aislamiento social. Todo ello puede incrementar los problemas en la relación de pareja, especialmente cuando los tratamientos fracasan.

El trabajo del psicólogo con la pareja en estos momentos debe incluir la reestructuración cognitiva, que tendrá



como objeto disminuir los pensamientos negativos y creencias irracionales en la pareja, asociados a los resultados del tratamiento. En este sentido se ha de enseñar a la pareja a sustituir los pensamientos negativos distorsionados por otros más racionales y positivos. También se puede utilizar la detención del pensamiento, el entrenamiento en autoinstrucciones y la prevención de respuesta que constituyen técnicas de gran utilidad para afrontar la posibilidad de fracaso en los ciclos de tratamiento y la recepción de malas noticias (Guerra y Tirado, 2007; Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2005).

Por otro lado, durante el proceso de tratamiento y a medida que los ciclos se van sumando, la crisis de la infertilidad se alarga y la comunicación con la pareja suele empobrecerse y convertirse en algo mecánico y desprovisto de intención emocional. Por tanto, resultará esencial apoyar a la pareja en la construcción de un marco de comunicación efectivo donde ambos miembros se permitan expresar sus pensamientos y emociones sin reprochárselos. Así mismo, el psicólogo puede recomendar a la pareja que comunique el problema a su familia y entorno social más cercano para obtener también apoyo de éstos y liberarles de la responsabilidad de cargar en exclusiva con el apoyo emocional mutuo.

Las relaciones sexuales también pueden sufrir cambios durante la fase de tratamiento. Así, éstas pueden llegar a deteriorarse al no ser ya necesarias para conseguir el embarazo y también como consecuencia de ciertos mitos y creencias irracionales que mantiene la pareja (p.e. pensar que se incrementará la posibilidad de embarazo si no se práctica el sexo durante la fase de espera de resultados). El psicólogo puede ayudarles a identificar y cuestionar los pensamientos irracionales y deberá también reeducarles para que recuperen las funciones de placer y de intercambio comunicativo asociadas al acto sexual. Es aconsejable recomendar a la pareja la programación de actividades placenteras que siempre les gustó hacer y que habían abandonado por la infertilidad.

Durante las fases de espera de resultados y también a lo largo de todo el tratamiento, la pareja suele experimentar sentimientos de ansiedad y depresión que pueden incrementarse tras la reiteración de los ciclos de tratamiento y tras los sucesivos intentos fallidos. En las sesiones de terapia se han de explorar todos estos sentimientos y facilitar su expresión emocional. El entrenamiento en relajación es recomendable para estas parejas con el fin de aumentar su autocontrol sobre los cambios emocionales y físicos (Guerra y Tirado, 2007). Así mismo puede suceder que, durante la fase de espera, la

atención de la pareja se centre exclusivamente en este tema y no se tenga otro tema de conversación. En estos casos se recomienda limitar el tiempo de conversación sobre el tema de la infertilidad y programar actividades distractoras y gratificantes (Moreno-Rosset, 1999).

Finalmente, ante el fracaso de determinados tratamientos de RA, se debe ayudar psicológicamente a aquellas parejas que decidan utilizar tratamientos de reproducción asistida con donación de gametos o que opten por la adopción. También se deberá ayudar a las parejas que decidan poner fin al tratamiento sin utilizar estas opciones. Respecto la donación de gametos o a la adopción, el psicólogo debe ayudar a la pareja a determinar si esta opción es válida y tolerable para ellos y si aceptarán bien una donación o adopción en sus planteamientos de paternidad (Tirado y Dolz, 2007). Así mismo, la terapia se centrará en valorar la manera en que la infertilidad y su tratamiento ha afectado a cada miembro de la pareja y a ésta como unidad. Deberá también ayudar a la pareja en la toma de decisiones, en la discusión de los asuntos específicos de esta opción (p.e. comunicación al niño de sus orígenes), en el desarrollo de formas de afrontamiento positivas y por último, en la expresión de emociones. En todos los casos, y especialmente en éstos, por su alto impacto emocional, es imprescindible crear una buena relación terapéutica desde el primer encuentro con la pareja. Así mismo, estas opciones se habrán de plantear como posibles alternativas. Por lo tanto, dependiendo de la situación en que se encuentre la pareja en estos momentos, caben tres opciones: donación de gametos, adopción o vida sin hijos. Ciertamente, llegar a estas opciones conlleva un sufrimiento y pérdida, ya que supone prescindir de tener hijos biológicos. Es bueno, por tanto, que la pareja piense y reflexione sobre cuál es la mejor opción en su caso. Es importante que la pareja entienda que la decisión ha de ser siempre compartida y nunca debe depender únicamente de lo que uno de los miembros decida (Tirado y Dolz, 2007).

En los casos en que la pareja decida dar por finalizado el tratamiento sin utilizar dichas opciones, se les deberá ayudar a construir una nueva identidad como pareja sin hijos. En este sentido suele resultar muy beneficioso que la pareja recuerde las cualidades que determinaron su atracción mutua y las razones actuales para seguir funcionando como pareja. En cualquier caso la pareja debe ser consciente de que su vida no acaba aquí y de que pueden tener motivos suficientes para llevar una vida plena y feliz sin hijos, pues no existe evidencia empírica que demuestre que las parejas sin hijos sean menos felices.

ces o menos estables que las parejas con hijos. En esta línea, es de resaltar el estudio realizado por Moreno-Rosset y Martín (2008) que compararon dos grupos de mujeres (1) con infertilidad primaria y secundaria y (2) fértiles con o sin hijos. Las personas infértiles sin hijos presentaban niveles de ansiedad más elevados que las personas fértiles sin descendencia. No se hallaron diferencias significativas entre las mujeres fértiles e infértiles que tenían uno o más hijos. Es sorprendente que el grupo de mujeres fértiles con uno o más hijos presentara las puntuaciones más elevadas en ansiedad. Las reflexiones que aportan las autoras son de enorme interés: por un lado, se confirma que tener hijos es un acontecimiento vital estresante que puede aumentar los niveles de ansiedad. Por otro, el hecho de que las mujeres infértiles sin hijos estén más ansiosas que las fértiles que todavía no lo han deseado ni intentado, muestra que, probablemente, el deseo de maternidad junto al conocimiento de la imposibilidad de tener hijos pueda estar actuando de estresor y, como hemos indicado al inicio de nuestra exposición, ello afecta no sólo a la identidad personal de cada miembro aisladamente sino también al proyecto vital de la pareja.

En definitiva, sin dar por sentado que la situación de infertilidad implique necesariamente un desajuste para la pareja, sí supone un evento vital estresante que requiere una readaptación y que coloca a las parejas en situación de vulnerabilidad. Una adecuada evaluación (véase Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera y Flores en este mismo monográfico), seguida de la intervención oportuna (véase Ávila y Moreno-Rosset, asimismo en este número) potenciará el afrontamiento, ajuste y bienestar de la pareja.

## REFERENCIAS

- Burns, L. y Covington, S.N. (1999). *Infertility counselling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Publishing Group.
- Callan, V.J. (1987). The personal and marital adjustment of mothers and voluntary childless wives. *Journal of Marriage and Family*, 19, 847-856.
- Cutrona, C.E. (1996). *Social Support in couples*. Londres: Sage.
- Daniluk, J.C. y Tench, E. (2007). Long-Term Adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling and Development*, 85(1), 89-100.
- Domar, A.D., Zuttermeister, P.C. y Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatics Obstet Gynaecol*, 14, 45-52.
- Gerrity, D. (2001). A biopsychosocial theory of infertility. *Family Journal*, 9, 151-158.
- González, A. (2000). Técnicas básicas en el estudio de la esterilidad conyugal. Actualizaciones de la Sociedad Española de Fertilidad. *Técnicas Diagnósticas*, 1, 1-9.
- Guerra, D. (1998). *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A. y Barri, P.N. (1988). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13(6), 1733-1736.
- Guerra, D. y Tirado, M. (2007). Intervención psicológica en medicina reproductiva. En A. Moreno et al. *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida* (pp. 29-46). Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana, número suplemento 1.
- Lechner, L., Bolman, C. y Van Dalen, A. (2007). Definitive involuntary childlessness: association between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22(1), 288-294.
- Leiblum, S.R. (1997). *Infertility: Psychological issues and counselling strategies*. New York: Willey.
- 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.J. Méndez (Coords.), *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familias* (pp.287-304). Madrid: Pirámide.
- López, F. (2000). Reproducción y placer: Una decisión libre y responsable. En C. Moreno (Dir.), *Factores Psicológicos de la infertilidad* (pp. 79-104). Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Newton, C.R., Sherrad, W. y Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72, 54-62.
- Mahlstedt, P.P. (1994). Psychological issues of infertility and assisted reproductive technology. *Urol Clin North Am* 21, 557-566.
- McQuillan, J., Greil, A.L., White, L. y Jacob, M.C. (2003). Frustrated Fertility: Infertility and Psychological Distress among women. *Journal of Marriage and Family*, 65 (4), 1007-1018.
- Moreno, A. y Guerra, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. En A. Moreno et al. *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida* (pp. 11-17). Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana, número suplemento 1.
- Moreno-Rosset, C. (1999). La Psicología al servicio de la

- Reproducción Asistida. *Boletín de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF)*, 8 (2), 2-6.
- Moreno-Rosset, C. (2000a). (Dir.). *Factores Psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C. (2000b). Querer tener hijos no es lo mismo que poder tenerlos: Cuerpo y mente van unidos. [http://www.saludalia.com/Saludalia/web\\_saludalia/vivir\\_sano/doc/psicologia/doc/i\\_psicologia.htm](http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/psicologia/doc/i_psicologia.htm). n° total de pags. 4.
- Moreno-Rosset, C. (2006). Evaluación e intervención psicológicas en pacientes de una Unidad de Reproducción Humana. En C. Moreno y Y. Gómez (Dir.) (6ª ed.). *Curso de Especialista Universitario en "La Reproducción Asistida: aspectos psicológicos, médicos y legales (un nuevo futuro profesional)"*. Madrid: UNED. Programa de Formación del Área de Ciencias de la Salud. [www.uned.es/pfac-reproduccion-asistida](http://www.uned.es/pfac-reproduccion-asistida).
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2005). The IPTRA: Program of Psychological Intervention in Techniques of Assisted Reproduction. *Comunicación presentada al 9th European Congress of Psychology. (Simposium: Psychology and Infertility)*. Granada: Actas de Congreso, 144-145.
- Moreno-Rosset, C. y Martín, M.D. (2008). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés*, 14 (en prensa).
- Moreno, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2008). *DERA, Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad*. Madrid: TEA
- Moreno-Rosset, C., Núñez, R. y Caballero, P. (1999). Sexualidad y reproducción humana: ¿Querer es poder?. *Informació Psicològica, Revista Cuatrimestral del Col·legi Oficial de Psicòlegs del País Valencià*, 69, 38-41.
- Olivius, C., Friden, B., Borg, G. y Bergh, C. (2004). Psychological aspects of discontinuation of in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 81, 276-282.
- Parada, L. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. *Revista Diversitas-Perspectivas en psicología*, 2(1), 149-158.
- Pasch, L. A. y Christensen, A. (2000). Couples Facing Fertility Problems. En K.B. Schmaling y T.G. Sher (Eds.), *The Psychology of Couples and Illness: Theory, research & Practice* (pp. 241-267). Washington DC: American Psychological Association.
- Peterson, B. D., Newton, C. R. y Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1), 59-70.
- Raval, H., Sald, P. y Lieberman, B.E. (1987). The impact of infertility on emotions and the marital and sexual relationships. *Journal of Reproductive and infant psychology*, 5, 221-234.
- Read, J. (1995). *Counselling for Fertility Problems*. London: Sage Publications Ltd.
- Read, J. (2004). Sexual problems associated with infertility, pregnancy and agein. *BMJ: British Medical Journal*, 329, 559-561.
- Sanjuán, P. (2000). Infertilidad, estrés y moduladores psicosociales. En C. Moreno (Dir.), *Factores Psicológicos de la infertilidad* (pp. 127-151). Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Schanz, S., Baeckert-Sifeddine, I.T., Braeunlich, C., Collins, S.E., Batra, A., Gebert, S., Hautzinger, M. y Fierlbeck, G. (2005). A new quality of life measure for men experiencing involuntary childlessness. *Human Reproduction*, 20 (10), 2858-2865.
- Schmidt, L., Holstein, B.E., Christensen, U. y Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20 (11), 3248-3256.
- Stammer, H., Wischmann, T. y Verres, R. (2002). Counseling and Couple Therapy for Infertile Couples. *Family Process*, 41(1), 111-122.
- Tirado, M. y Dolz, P. (2007) Apoyo psicológico en pacientes que recurren a tratamiento de reproducción asistida con donación de gametos. En A. Moreno, D. Guerra, G. Baccio, V. Giménez-Molla, P. Dolz, M. Tirado, K. Gutiérrez y M. Gil. *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida* (pp. 73-88). Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana, número suplemento 1.
- Van der Akker, O.B. (2005). Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of subfertile women. *Patient Education Counseling*, 57(2), 183-189.
- Wirtberg, I., Moller, A., Hogstrom, L., Tronstad, S.E. y Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22(2), 598-604.
- Witchman, T. (2005). Psychosocial aspects of fertility disorders. *Urologe*, 44(2), 185- 194.
- Witchman, 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.
- Witkin, G. (1995). *El estrés de la mujer*. Barcelona: Grijalbo.

## MEJORA DE LA MEMORIA EN PERSONAS MAYORES: VARIABLES A TENER EN CUENTA

### MEMORY IMPROVEMENT IN THE ELDERLY: VARIABLES TO CONSIDER

Carmen Mas Tous

Universitat de les Illes Balears y COP de Illes Balears

*El envejecimiento de la población plantea nuevos objetivos para las ciencias sociales y de la salud. Se hace necesario prevenir y fortalecer a la persona para alejarla de ciertos riesgos asociados al envejecimiento. Este trabajo presenta una revisión de las principales hipótesis propuestas para explicar el declive de la memoria en el envejecimiento normal, centrándonos especialmente en la influencia de variables actitudinales y motivacionales, como las expectativas o las atribuciones, sobre el rendimiento cognitivo. El estudio de todas estas variables proporciona una importante información para diseñar programas dirigidos a mejorar el rendimiento cognitivo de las personas mayores y nos indica qué variables han de tenerse en cuenta para valorar la efectividad de las intervenciones. Finalmente, se resumen, a modo de propuesta, los principales aspectos a trabajar por las intervenciones psicológicas dirigidas a mejorar el funcionamiento mental (especialmente mnésico) y, en definitiva, la calidad de vida de nuestros mayores.*

**Palabras clave:** Memoria, Envejecimiento, Entrenamiento cognitivo, Expectativas, Atribuciones.

*General population ageing implies new challenges and goals in social and health sciences. It is thus necessary to prevent and strengthen the individual in order to avoid risks associated with ageing. This work deals with the main hypotheses used to explain memory decline associated to normal ageing, focusing on attitudinal and motivational variables, as expectations or attributions, about cognitive performance. The study of these variables gives a valuable information in order to design cognitive enhancement programs for the elderly. This study is also useful as it points out which variables have to be taken into account to evaluate intervention effectiveness. Finally, the study proposes a summary of aspects to be worked out within psychological interventions that are aimed to enhance mental ability (specially mnemonic) and, anyway, life quality in the elderly.*

**Key words:** Memory, Aging, Cognitive training, Expectancies, Attributions.

**E**l envejecimiento de la población suscita gran interés y preocupación de cara al siglo XXI. Las previsiones indican que las personas mayores del futuro, además de representar un porcentaje importante de nuestra sociedad, presentarán características muy diferentes a la cohorte generacional actual: gozarán de mayor nivel de vida, poseerán un nivel cultural claramente superior, serán más participativas y tendrán mayor concienciación sobre la vejez y preparación para la misma (Muñoz, 2002). Así, las necesidades de atención serán muy diferentes a las actuales, y los profesionales deberán familiarizarse con el nuevo perfil de persona mayor. Un objetivo a perseguir será prevenir y fortalecer a la persona para alejarla de ciertos riesgos asociados al envejecimiento e, incluso, desarrollar vías de intervención que permitan a las personas mayores aprovechar la posibilidad de crecimiento y ganancia que la mayoría de ellas conserva (Villar, 2003). Ello abre nuevos campos de trabajo, plantea nuevas necesidades y nos lleva a nuevos retos en el campo de las Ciencias Sociales y de la Salud (Llinás, 2000).

A medida que nuestra sociedad envejece, aumenta el interés por entender los efectos de la edad sobre el funcionamiento cognitivo. Estos cambios se manifiestan a grandes rasgos en un enlentecimiento en el procesamiento de la información (Salthouse, 1996), una disminución de la capacidad atencional (Rogers, 2002; Vega y Bueno, 1995), un declive en algunos aspectos de la memoria (memoria de trabajo y memoria episódica, especialmente para hechos recientes) (Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón, 1999; Montenegro, Montejo, Reinoso, Andrés y Claver, 1998), y un declive en las funciones ejecutivas (Andrés y Van der Linden, 2000), aunque la edad no afecta por igual a todos los aspectos de la cognición, ya que algunas capacidades, como el procesamiento semántico (Aguilar, Navarro, Llorens y Marchena, 2002), se conservan.

Aunque parece inevitable un declive con la edad en algunos aspectos, esta tendencia puede frenarse e incluso invertirse mediante intervenciones cognitivas. En los últimos años, se ha extendido la idea del ejercicio y entrenamiento cognitivos como una forma de mejorar las funciones mentales, mostrándose eficaces para ayudar a retrasar el inicio del declive cognitivo asociado al enveje-

cimiento (Goldberg, 2001). La eficacia de estas intervenciones se debe a que se sustenta, a nivel biológico, en la capacidad de reserva cerebral y la neuroplasticidad y, a nivel psicológico, en la capacidad de aprendizaje (Montejo, Montenegro y Claver, 2002). A partir de estas premisas, han surgido diferentes programas, la mayoría de ellos dirigidos al entrenamiento en estrategias y técnicas de memoria (Israel, 1992; Le Poncin, 1992), aunque algunos de ellos también se plantean como objetivo el entrenamiento o la estimulación de otros procesos psicológicos básicos (Puig, 2003) y la modificación de actitudes negativas sobre la pérdida de memoria (como el método UMAM del Ayuntamiento de Madrid) (Montejo, Montenegro, Reinoso, De Andrés y Claver, 2001).

En una revisión de las intervenciones diseñadas para mejorar la función cognitiva en adultos sin alteración cognitiva, McDougall (1999) concluye que deberían considerarse en ellas varios factores que influyen en el rendimiento cognitivo, como las creencias de autoeficacia, y que debe enfatizarse para modificar las actitudes de los participantes sobre el declive de la memoria relacionado con la edad. Además, plantea la necesidad de inclusión de medidas subjetivas para valorar la efectividad de las intervenciones. Un estudio de Mas, Jiménez, Munar y Rosselló (2004) evidencia la necesidad de considerar, en la elaboración y evaluación de programas de entrenamiento cognitivo para personas mayores, variables como el rendimiento percibido, las expectativas de autoeficacia, las atribuciones y otros factores de tipo motivacional o emocional que pueden influir en estas personas al realizar tareas cognitivas y al valorar su funcionamiento cognitivo. Algunos estudios muestran como la visión negativa que se tenga de las propias capacidades, de la vejez y de los cambios asociados a la edad pueden perjudicar el rendimiento de las personas mayores (Lovelace, 1990; Levy, 1996). Los estereotipos culturales negativos ejercen una gran influencia sobre lo que los adultos mayores piensan y creen sobre su propia memoria y, por consiguiente, en sus desempeños en tareas de memoria (Erber, Szuchman y Prager, 1997; Hess, Auman, Colcombe y Rahhal, 2003; Pérez, Peregrina, Justicia y Godoy, 1995; Troyer y Rich, 2002).

Por otra parte, Caprio-Prevette y Fry (1996) señalan que se han incrementado los estudios dirigidos a investigar los efectos de varias estrategias cognitivas, técnicas mnemotécnicas, creencias de control y creencias sociales en el rendimiento en memoria en personas mayores sanas. Sin embargo, son escasos los estudios

sobre la efectividad de programas multifactoriales de entrenamiento cognitivo que incluyan, además del entrenamiento en estrategias de memoria, intervenciones en reestructuración cognitiva y reentrenamiento atribucional. El estado de la cuestión es contradictorio, puesto que, aunque hoy en día parece claro el papel modulador de variables de los sujetos en los efectos de los programas de memoria, hay estudios que indican que ciertas intervenciones sobre variables de tipo motivacional (autoeficacia, atribuciones, autoestima...) no producen mejoras sobre la memoria en las personas mayores más que otro tipo de intervenciones (Reinke, Holmes y Denney, 1981).

Todo ello, plantea la necesidad de profundizar en el estudio de qué variables pueden influir en el rendimiento cognitivo en general, y en el rendimiento en memoria en particular, en el colectivo de personas mayores sin deterioro cognitivo. Este trabajo pretende resumir las principales hipótesis propuestas para explicar el declive de la memoria en dicho colectivo. Aunque no desconocemos la importancia y el gran número de estudios realizados en adultos mayores con deterioro cognitivo o con indicios del mismo (por ejemplo, Bäckman, Jones, Berger, Laukka y Small, 2005; Bäckman, Small y Fratiglioni, 2001), nuestra población de interés son los adultos mayores sin deterioro, por lo que los estudios referidos a población con deterioro no serán tenidos en cuenta. Además, debemos señalar que, aunque son numerosas las variables que pueden influir en el rendimiento en tareas de memoria en personas mayores, nos centraremos especialmente en los trabajos que han estudiado la influencia de variables de tipo motivacional, en concreto las expectativas y las atribuciones. La revisión en profundidad del papel de otras variables, también importantes y sobre las que se están publicando recientes estudios, podrían ser objeto de próximos trabajos. Para finalizar, se realizará una propuesta de las variables susceptibles de mejora que deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar intervenciones psicológicas para la mejora de la memoria en las personas mayores.

### EXPLICACIONES DEL DECLIVE DE LA MEMORIA EN LOS MAYORES

Se han realizado multitud de estudios para conocer cómo se ven afectados los distintos tipos y procesos de memoria con la edad. El declive de la memoria se ha estudiado teniendo en cuenta al propio sujeto, al ambiente y a la tarea. Por ello, se admite la validez de

hipótesis distintas que expliquen desde perspectivas complementarias el deterioro de la memoria en los mayores. Desde la *Psicología cognitiva* se han propuesto muchas hipótesis. Dos de las más destacables son las de Light (1991) y Park (2002).

La primera (Light, 1991) agrupa las hipótesis en cuatro categorías: problemas en la metamemoria, déficit en la codificación semántica, problemas en la recuperación deliberada de la información y reducción en los recursos de procesamiento. Esta última hipótesis intenta explicar los cambios en la memoria por la edad en función de una disminución de los recursos generales de procesamiento. Se han estudiado tres temas: capacidad atencional reducida, capacidad de memoria operativa reducida, y enlentecimiento cognitivo.

En esta última línea se enmarca el segundo de los trabajos de revisión a que nos referíamos. Según Park (2002), los principales mecanismos propuestos para explicar las diferencias de edad en el funcionamiento cognitivo son cuatro: la velocidad con que se procesa la información, el funcionamiento de la memoria operativa, la función inhibitoria y el funcionamiento sensorial.

Aunque las hipótesis revisadas no tienen un apoyo experimental concluyente, contribuyen a entender las posibles causas asociadas al declive de la memoria con la edad. Además, se precisa más investigación para establecer la relación entre los diferentes mecanismos explicativos del envejecimiento cognitivo.

Estas explicaciones aportadas desde la Psicología cognitiva no consideran otras variables asociadas al deterioro de la memoria en el envejecimiento que según otros autores deberían tenerse en cuenta. Así, por ejemplo, según Berger y Thompson (1998), autores enmarcados en la perspectiva de la *Psicología evolutiva*, las deficiencias en el funcionamiento cognitivo asociadas a la edad pueden ir ligadas al proceso del envejecimiento primario y son el resultado de cambios neurofisiológicos y biológicos inevitables. Pero, además, ciertos factores secundarios, que están asociados a la edad pero que no forman parte del envejecimiento secundario, pueden explicar algunos de los cambios cognitivos de las personas mayores. Estos factores secundarios incluyen el bajo concepto que las personas mayores suelen tener de sí mismas, disponer de menos oportunidades para aprender durante la vejez, así como el hecho de que las personas mayores pueden no ser capaces de demostrar su valía intelectual, ni estar interesadas en hacerlo, de alguna de las formas en que

los psicólogos suelen medir el funcionamiento cognitivo. Según estos autores, dos aspectos serían primordiales para explicar los cambios con la edad:

- a) *Los cambios en el cerebro*: Con la edad, se produce una ralentización de los procesos de comunicación cerebral. Éstos se hacen mucho más lentos, hecho que empieza a evidenciarse al final de la cincuentena. La ralentización de los diversos procesos neuronales puede detectarse por la producción cada vez menor de los neurotransmisores clave, como la dopamina, el glutamato, la acetilcolina y la serotonina, los cuales permiten que los impulsos nerviosos se comuniquen de una célula a otra. Otros aspectos relativos al cerebro, y que también disminuyen con la edad, son el volumen de líquido neuronal, la velocidad del flujo sanguíneo cerebral y la activación de varias partes del córtex (Albert y Moss, 1996; Scheibel, 1996). La ralentización de los procesos de comunicación del cerebro afecta a la función cognitiva al provocar una disminución del tiempo de reacción, lo cual tiene consecuencias en el procesamiento cognitivo.
- b) *Las percepciones acerca de la propia capacidad cognitiva*: La visión negativa que se tenga de uno mismo y de la vejez también puede perjudicar la capacidad mental de las personas mayores. Para un adulto mayor, uno de los principales cambios asociados con el envejecimiento es el deterioro cognitivo, sobre todo la pérdida de memoria, que admiten sufrir la mayor parte de las personas mayores. La primera vez que las personas mayores advierten experimentar estos problemas, suelen alarmarse y preguntarse si ya ha empezado la senilidad. Y puesto que los estereotipos culturales ponen su énfasis en el deterioro de la memoria, incluso en ciertas ocasiones puntuales, en las que se olvida el nombre de alguien o no se recuerda dónde se han dejado las gafas, pueden parecer un mal presagio si se consideran como signos de que aumenta la propensión a olvidar cosas o, incluso, de demencia. Como consecuencia, las personas mayores no evalúan con precisión su pérdida real de memoria y la consideran, en total, mucho mayor de lo que es en realidad. Ello puede crear en ellas una pérdida de confianza que, por sí misma, perjudica a la memoria, y que puede acentuarse más aún si los demás, al ver que intentan recordar algo, perciben esas dudas como una muestra de que tienen problemas de memoria y actúan en consecuencia (Lovelace, 1990).

La conclusión de Berger y Thompson (1998) es que parece evidente que las expectativas culturales negativas sobre la capacidad intelectual de las personas mayores les llevan directamente a problemas de rapidez mental, con independencia de los efectos provocados por los cambios físicos en el cerebro asociados al envejecimiento. En resumen, los estereotipos culturales sobre el envejecimiento influyen en la percepción que tenemos sobre nuestras capacidades cognitivas, y ello, a su vez, en el rendimiento cognitivo.

Otra **propuesta más amplia** para explicar qué variables intervienen en las alteraciones de memoria de los mayores es la de Montejo y cols. (2001), que se resume en la Tabla 1.

Estas variables interactúan en cada persona de forma diferente y hay que tenerlas en cuenta, tanto en la valoración individual de la memoria como en los estudios poblacionales. El siguiente apartado se va a centrar en la influencia de variables de tipo psicológico que según la literatura pueden afectar al rendimiento cognitivo de los mayores, concretamente las expectativas y las atribuciones.

## VARIABLES MOTIVACIONALES Y RENDIMIENTO EN MEMORIA

Las diferencias de edad en el rendimiento en memoria están bien documentadas y hemos podido ver como diversos trabajos se han centrado en identificar las fuentes del declive de la memoria, especialmente los cambios relacionados con la edad en la velocidad y en los procesos atencionales. Pero en la investigación realizada hasta el momento ha habido poco énfasis en los factores actitudinales y motivacionales que podrían contribuir al declive de la memoria, aunque hay evidencia de que las creencias y actitudes sobre la memoria están relacionadas con el rendimiento en tareas de memoria.

### Creencias de autoeficacia y rendimiento en memoria

El tema de las expectativas respecto a la memoria en las personas mayores ha sido fundamentalmente estudiado desde el enfoque de la metamemoria, el cual se relaciona con una de las hipótesis explicativas del declive de la memoria con la edad. Este concepto incluye diferentes procesos y tipos de información. Una gran parte de la investigación sobre metamemoria en personas mayores se ha centrado en las creencias acerca de la memoria. En concreto, ha habido gran interés por el concepto de eficacia de la propia memoria, derivado de la noción más general de eficacia personal de Bandura (1989): la creencia del individuo en su habilidad para movilizar la motivación, los recursos cognitivos y el curso de acción necesario para ejercer control sobre las demandas planteadas por una tarea.

La eficacia de la propia memoria se define como las creencias en la propia capacidad para usar la memoria de manera efectiva en varias situaciones (McDougall, 1999). Como señala Cavanaugh (2002), puede contemplarse, desde un punto de vista constructivo, como una jerarquía de las creencias que cada cual mantiene acerca de sí mismo como memorizador. La jerarquía abarca las creencias generales, las que son específicas para un ámbito, para un contexto y las momentáneas o actuales. La eficacia de la propia memoria se considera como una influencia primaria, aunque mediada, sobre el rendimiento de tres maneras (Bandura, 1989; Berry y West, 1993; Cavanaugh y Green, 1990): (a) en la construcción y selección de estrategias; (b) en el grado de esfuerzo o persistencia; y (c) en el efecto de los resultados sobre el rendimiento. Las teorías sobre el desarrollo adulto de la metamemoria postulan que hay influencia mutua entre la eficacia de la propia memoria, las habili-

TABLA 1 VARIABLES QUE INTERVIENEN EN LAS ALTERACIONES DE MEMORIA DE LOS MAYORES (MONTEJO ET AL., 2001)	
<b>Variables orgánicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve decremento del volumen neuronal en el neocórtex</li> <li>- Mayor pérdida neuronal en estructuras subcorticales</li> <li>- Disminución en las conexiones dendríticas</li> <li>- Aparición de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas</li> <li>- Descenso de acetilcolina y otros neurotransmisores</li> <li>- Modificación de la circulación cerebral...</li> </ul>
<b>Variables sociodemográficas y sanitarias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Años de educación y nivel de estudios alcanzado</li> <li>- Labor profesional desempeñada</li> <li>- Nivel de salud y auto percepción del mismo...</li> </ul>
<b>Variables sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento social</li> <li>- Estereotipos</li> <li>- Exigencias ambientales</li> <li>- Otros...</li> </ul>
<b>Variables psicológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalidad</li> <li>- Estado de ánimo</li> <li>- Autoestima</li> <li>- Motivación</li> <li>- Estilo atribucional</li> <li>- Posibles cuadros depresivos</li> <li>- Situaciones de estrés</li> <li>- Percepción subjetiva del problema</li> <li>- Otros...</li> </ul>

dades mnemónicas y el rendimiento, así como la necesidad de tener en cuenta las diferencias individuales (Cavanaugh y Green, 1990; Hertzog, Dixon y Hultsch, 1990).

Diversos estudios muestran que los adultos mayores creen que son menos competentes en tareas de memoria, que hay un declive después de la adultez intermedia en la memoria, en la cognición y en el control de ésta, y que son más olvidadizos y más lentos cognitivamente (Jin, Ryan y Anas, 2001; Lineweaver y Hertzog, 1998; Turner y Pinkston, 1995). Estas creencias negativas pueden llevarlos a tener expectativas muy pobres sobre su funcionamiento y, por consiguiente, reducir el esfuerzo dedicado a las tareas de memoria (Cavanaugh, Feldman y Hertzog, 1998; Troyer y Rich, 2002), lo que llevaría a un desempeño más bajo en dichas tareas.

La mayoría de investigaciones sobre las diferencias de edad en la eficacia de la propia memoria se han dirigido al estudio de la relación entre eficacia personal y rendimiento. Los resultados indican que las creencias sobre la eficacia de la propia memoria son a menudo inadecuadas y que su correlación con el rendimiento es moderada (Cavanaugh, 2002). Estudios como el de Turvey, Schultz, Arndt, Wallace y Hertzog (2000) encuentran que, aunque los adultos mayores tengan creencias negativas sobre el funcionamiento de su memoria, su desempeño en tareas de memoria es exitoso. Incluso algunos estudios han comprobado que los adultos mayores tienen una actitud más positiva en cuanto al declive de la memoria con la edad, considerando la posibilidad de la estabilidad del funcionamiento de ésta (Hertzog, 2002). Según McDougall (1999), estos hallazgos pueden ser debidos a una deficiente operacionalización de la eficacia de memoria o a una instrumentación pobre. Además, como señala Cavanaugh (2002), hay que tener en cuenta que la relación entre ambos está mediada y varía dependiendo del tipo de tarea de memoria y de las instrucciones.

Como vemos, cuando se estudia la correlación de estas quejas con el rendimiento real en memoria los resultados no son concluyentes y las evaluaciones subjetivas no correlacionan en todos los casos con el rendimiento, posiblemente porque en las quejas de memoria influyen otros factores además del rendimiento real (estado de ánimo, estrés emocional, percepción del estado de salud) (Montejo et al., 2001). Pero, aun teniendo en cuenta la poca validez predictiva sobre la ejecución de memoria que pueden tener las quejas, son importantes

por las implicaciones en el mundo real, puesto que contribuyen a la autoconciencia y a la decisión de emplear estrategias de memoria. Por tanto, a la luz de la literatura revisada, podemos decir que las creencias que las personas tengan sobre su memoria, positivas o negativas, influyen sobre su desempeño, ya sea para promoverlo o entorpecerlo.

Por último, cabe hacer referencia a la influencia de los estados afectivos y emocionales (como la ansiedad o la depresión) sobre las creencias que los adultos mayores tienen acerca de su memoria. Los resultados de diversos estudios (Dellefield y McDougall, 1996, Jonker, Smits y Deeg, 1997; McDougall y Kang, 2003; Ponds y Jolles, 1996; Verhaeghen, Geraerts y Marcoen, 2000) demuestran, por ejemplo, que, en personas con altos índices de depresión, la autoeficacia en memoria se encontró disminuida. Por otra parte, también autores como Turvey et al. (2000) encontraron que, aunque las personas con síntomas depresivos tengan creencias negativas sobre su memoria, su desempeño en tareas de memoria puede ser bueno, lo que indica que el estado depresivo influye en las cogniciones, pero no en el desempeño en sí mismo. No obstante, los estados afectivos y emocionales deben ser tenidos en cuenta, ya que, al influir en las cogniciones asociadas al funcionamiento de la memoria, pueden afectar negativamente al rendimiento de las personas mayores, dadas las bajas expectativas y compromiso que les llevarían a tener acerca de su memoria (Ochoa, Aragón y Caicedo, 2005).

### ***Atribuciones, memoria y edad***

Existen diversos estudios que muestran la influencia de las atribuciones en el rendimiento en memoria de las personas mayores, destacando los del grupo de Margie E. Lachman y los del grupo de Christopher Hertzog. La investigación previa ha mostrado que las personas adultas jóvenes y mayores difieren en las atribuciones que hacen tanto para el rendimiento en memoria de otras personas (Erber, Szuchman y Prager, 1997; Guo, Erber y Szuchman, 1999) como para el propio rendimiento (Lineweaver y Hertzog, 1998). La investigación previa sobre las atribuciones que las personas hacen para el rendimiento de otros en situaciones hipotéticas, muestra que las personas tienden a hacer atribuciones de capacidad para el bajo rendimiento en memoria de personas mayores y para el buen rendimiento de adultos jóvenes (Lachman y McArthur, 1986). Otros estudios (Biemann-Copland y Ryan, 1998; Erber, Prager, Williams y Caiola, 1996; Er-

ber et al., 1997; Lachman, 1990), encuentran que la gente tiende a atribuir los fallos de las personas mayores a causas internas, estables e incontrolables (como la falta de capacidad) y los fallos de los adultos jóvenes a causas internas, inestables y controlables (como la falta del esfuerzo o la atención insuficiente).

También ha habido algunos estudios de las atribuciones para la propia ejecución. Evaluándose a sí mismos, las personas mayores hacen más atribuciones internas o disposicionales para los resultados negativos (Blanchard-Fields, 1994; Blanchard-Fields y Abeles, 1996). Lachman et al. (1987) encontraron que las atribuciones a factores internos estuvieron relacionadas con una mejor ejecución y autoevaluaciones más positivas en una tarea de memoria. Más aún, quienes no atribuyen un rendimiento favorable en tareas de memoria a sí mismos es menos probable que mejoren en un ensayo subsiguiente (Lachman y McArthur, 1986; Lachman et al., 1987). Otros estudios se han centrado en la distinción entre atribuciones controlables e incontrolables, encontrando que las personas mayores tienden a hacer atribuciones a factores incontrolables (como la capacidad) más que a factores controlables (como el esfuerzo o el uso de estrategias) (Baldi y Hertzog, 2000; Devolder y Pressley, 1992). Las personas mayores que hacen atribuciones internas de capacidad tienen un rendimiento más pobre en tareas de memoria que quienes hacen atribuciones internas de habilidad o esfuerzo (Devolder y Pressley, 1992; Lachman y McArthur, 1986; Lachman et al., 1987).

Los trabajos revisados también muestran que es importante diferenciar entre las atribuciones hechas para el éxito y para el fracaso. Para el éxito, las atribuciones a factores internos y estables pueden potenciar el reconocimiento del valor del propio resultado y la probabilidad de éxitos repetidos. Para el fracaso, la atribución a factores externos e inestables puede tener una función autoprotectora. Los estudios sugieren que se hacen más atribuciones adaptativas (a factores externos e inestables) para los fracasos de personas jóvenes que para los de personas mayores (Erber et al., 1996; Lachman y McArthur, 1986). Las atribuciones a factores controlables suelen considerarse adaptativas a pesar del resultado de la ejecución, ya que la atribución a causas controlables puede ser asociada con la toma de responsabilidad hacia los resultados exitosos o con la oportunidad de cambiar los resultados futuros cuando no son exitosos utilizando más esfuerzo o nuevas estrategias (Weiner, 1985).

Según Hertzog, McGuire y Lineweaver (1998), el control percibido sería un constructo crítico para explicar las relaciones entre creencias, atribuciones y rendimiento en una tarea de memoria. Afirman que las personas mayores que informan que creen tener algún control sobre su funcionamiento en memoria deberían, en teoría, beneficiarse de esas creencias. Deberían estar más motivadas a utilizar el esfuerzo para aprender, probablemente usando estrategias que pudieran compensar los decrementos en memoria causados por la edad (Lachman, 1991). El uso de una estrategia de esfuerzo para aprender materiales en una tarea de memoria implica alguna creencia implícita de que la memoria puede ser afectada positivamente por algo que una persona hace (Lachman et al., 1987). Hertzog, McGuire y Lineweaver (1998) encontraron que las personas de edad sentían un menor control sobre su memoria que las jóvenes, y que quienes sintieron menos control mostraron un menor uso espontáneo de estrategias en la realización de la tarea de memoria. Estos autores encontraron también que controlando las atribuciones se reducía significativamente el efecto de la edad en el recuerdo.

Por su parte, Blatt-Eisengart y Lachman (2004) intentaron profundizar aún más en el estudio de las diferencias en los patrones de atribución y examinaron la relación entre atribuciones, uso de estrategias y rendimiento en una tarea de recuerdo libre en personas jóvenes, de mediana edad y mayores. Sus resultados demuestran que existe una relación entre edad, atribuciones y rendimiento en tareas de memoria. Cabe destacar que, contrariamente a lo esperado, hallaron que era más probable que las personas mayores y de mediana edad con bajo rendimiento usasen atribuciones más adaptativas que las jóvenes. En las personas mayores y de mediana edad, los/las participantes con menor rendimiento consideraron que los factores internos incontrolables eran menos influyentes que los/las participantes con más alto rendimiento, es decir, utilizaron un patrón autoprotector. En el caso de las personas jóvenes no hubo interacción entre el patrón atribucional y el rendimiento, posiblemente indicando una menor necesidad de atribuciones protectoras o autopotenciadoras para la memoria entre las personas jóvenes.

En resumen, los estudios revisados ponen de manifiesto que existe una relación entre la edad, las atribuciones y el rendimiento en memoria. Como hemos visto, las personas mayores tienden a hacer atribuciones a factores incontrolables (como la capacidad) más que a factores

controlables (como el esfuerzo o el uso de estrategias). Por otra parte, se observa que los adultos mayores que hacen atribuciones internas de capacidad tienen un rendimiento más pobre que aquellos que hacen atribuciones internas de esfuerzo. Por último, cabe destacar que, según algunos estudios, ante el bajo rendimiento las personas mayores parecen mostrar un estilo atribucional "autoprotector". Todos estos resultados sugieren que es necesario seguir profundizando en el estudio de la relación entre las atribuciones, el rendimiento y la edad, con el objetivo de diseñar intervenciones que ayuden a las personas mayores a preservar su funcionamiento mnésico al influir en sus creencias sobre los factores controlables como el uso de estrategias.

### VARIABLES A TRABAJAR EN LOS PROGRAMAS DE MEJORA DE LA MEMORIA PARA PERSONAS MAYORES

A lo largo de esta revisión hemos visto que deben tenerse en cuenta cambios que se producen con la edad a diferentes niveles: influyen en la memoria tanto factores orgánicos, como psíquicos, comportamentales y socioculturales. Esto es así porque la memoria no es algo aislado, sino un proceso activo en el que interviene todo el sistema mental. Por tanto, a la hora de diseñar intervenciones psicológicas con el objetivo de mejorar la memoria, proponemos, de manera resumida, que deben trabajarse y evaluarse las siguientes variables susceptibles de mejora:

- 1) Estrategias de memoria y conocimiento sobre la misma (metamemoria).
- 2) Los procesos cognitivos básicos: percepción, atención, lenguaje.
- 3) Motivación y emociones: esfuerzo, expectativas y atribuciones ante el rendimiento, pensamientos negativos sobre la propia capacidad, estrés y ansiedad, depresión.
- 4) Variables socioculturales: prejuicios acerca de la edad e idealización de la juventud, aislamiento y disminución de las relaciones con los demás.
- 5) Estimulación general.
- 6) Salud general.

Es necesario diseñar programas multifactoriales dirigidos a trabajar las variables que acabamos de comentar y que todos estos aspectos sean evaluados para determinar la efectividad de las intervenciones. Ello implica que los programas deben incluir, además del entrenamiento en estrategias de memoria y de la estimulación de otros

procesos psicológicos básicos, intervenciones dirigidas a modificar actitudes y creencias negativas acerca del propio funcionamiento mental y los cambios asociados al envejecimiento que puedan afectar al rendimiento cognitivo, y a fomentar un estilo atribucional más adaptativo ante los posibles fallos de memoria relacionados con la edad. Hay que señalar también que estos programas deben fomentar una actitud activa ante el envejecimiento que favorezca un estilo de vida saludable y estimulante a un nivel más general, ya que tanto el estado de salud general como la estimulación intelectual recibida tienen repercusiones sobre el estado cognitivo. Es importante que los/las profesionales tomemos conciencia de la necesidad de trabajar desde un enfoque multifactorial para asegurar intervenciones más eficaces y adaptadas a la población diana.

### REFERENCIAS

- Aguilar, Navarro, Llorens y Marchena (2002). Estudio comparativo de los niveles de procesamiento en la memoria de niños y personas mayores. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(4), 541-552.
- Albert, M. y Moss, M.B. (1996). Neuropsychology of aging: Findings in humans and monkeys. En E.L. Schneider y J.W. Rowe (Eds.), *Handbook of the biology of aging*. San Diego, CA: Academic Press.
- Andrés, P. y Van der Linden, M. (2000). Age-related differences in supervisory attentional system functions. *Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(6), 373-380.
- Bäckman, L, Small, B.J. y Fratiglioni, L. (2001). Stability of the preclinical episodic memory deficit in Alzheimer's disease. *Brain*, 124(1), 96-102.
- Bäckman, L., Jones, S., Berger, A-K., Laukka, E.J. y Small, B.J. (2005). Cognitive impairment in preclinical Alzheimer's disease: A meta-analysis. *Neuropsychology*, 19(4), 520-531.
- Baldi, R. y Hertzog, C. (2000). *Age differences in attributions about memory task performance by oneself and others*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 729-735.
- Berger, K.S. y Thompson, R.A. (1998). La vejez: el desarrollo cognitivo. En K.S. Berger y R.A. Thompson, *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

- Berry, J.M. y West, R.L. (1993). Cognitive self-efficacy in relation to personal mastery and goal setting across the life span. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 351-379.
- Bieman-Copland, S. y Ryan, E.B. (1998). Age-biased interpretation of memory successes and failures in adulthood. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B, 105-111.
- Blanchard-Fields, F. (1994). Age differences in causal attribution from an adult developmental perspective. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49, 43-51.
- Blanchard-Fields, F. y Abeles, R. (1996). Social cognition and aging. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*, 150-161. New York: Academic Press.
- Blatt-Eisengart, I. y Lachman, M.E. (2004). Attributions for memory performance in adulthood: age differences and mediation effects. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 11 (1), 68-79.
- Caprio-Prevette, M.D. y Fry, P.S. (1996). Memory enhancement program for community-based older adults: development and evaluation. *Experimental Aging Research*, 22, 281-303.
- Cavanaugh, J.C. (2002). La metamemoria desde una perspectiva sociocognitiva. En D.C. Park y N. Schwarz, *Envejecimiento cognitivo*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Cavanaugh, J.C., Feldman, J.M. y Hertzog, C. (1998). Memory beliefs as social cognition: a reconceptualization of what memory questionnaires assess. *Review of General Psychology*, 2(1), 48-65.
- Cavanaugh, J.C. y Green, E.E. (1990). I believe, therefore I can: Self-efficacy beliefs in memory aging. En E.A. Lovelce (Ed.), *Aging and cognition: Mental processes, self-awareness, and interventions*. Amsterdam: North-Holland.
- Dellefield, K.S. y McDougall, G.J. (1996). Increasing metamemory in older adults. *Nursing Research*, 45(5), 284-290.
- Devolder, P.A. y Pressley, M. (1992). Causal attributions and strategy use in relation to memory performance differences in younger and older adults. *Applied Cognitive Psychology*, 6, 629-642.
- Erber, J.T., Prager, I.G., Williams, M. y Caiola, M.A. (1996). Age and forgetfulness: Confidence in ability and attribution for memory failures. *Psychology and Aging*, 11, 310-315.
- Erber, J.T., Szuchman, L.T. y Prager, I.G. (1997). Forgetful but forgiven: How age and life style affect perceptions on memory failure. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52B(6), 303-307.
- Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Íñiguez, J. y Zamarrón, M.D. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Goldberg, E. (2001). *El cerebro ejecutivo*. Barcelona: Crítica.
- Guo, X., Erber, J.T. y Szuchman, L.T. (1999). Age and forgetfulness: Can stereotypes be modified?. *Educational Gerontology*, 25, 457-466.
- Hertzog, C. (2002). Metacognition in older adults: implications for application. En T. Perfect y S. Benett (Eds.), *Applied Metacognition*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Hertzog, C., Dixon, R.A. y Hultsch, D.F. (1990). Metamemory in adulthood: Differentiating knowledge, belief, and behavior. En T.M. Hess (Ed.), *Aging and cognition: Knowledge organization and utilization*. Amsterdam: North-Holland.
- Hertzog, C., Lineweaver T.T. y McGuire, C.L. (1999). Beliefs about memory and aging. En Blanchard-Fields y T.M. Hess (Eds.), *Social cognition and aging*. San Diego, CA: Academic Press.
- Hertzog, C., McGuire, C.L. y Lineweaver, T.T. (1998). Aging, attributions, perceived control and strategy use in a free recall task. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 5, 85-106.
- Hess, T.M., Auman, C., Colcombe, S.J. y Rahhal, T.A. (2003). The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B(1), 11-13.
- Israel, L. (1992). *Método de entrenamiento de la memoria*. Barcelona: Laboratorios Semar.
- Jin, Y.S., Ryan, E.B. y Anas, A.P. (2001). Korean beliefs about everyday memory and aging for self and others. *International Journal of Aging and Human Development*, 52(2), 103-113.
- Jonker, C., Smits, C.H.M. y Deeg, D.J.H. (1997). Affect-related metamemory and memory performance in a population-based sample of older adults. *Educational Gerontology*, 23(2), 115-128.
- Lachman, M.E. (1990). When bad things happen to older people: Age differences in attributional style. *Psychology and Aging*, 5, 607-609.
- Lachman, M.E. (1991). Perceived control over memory and aging: Developmental and intervention perspectives. *Journal of Social Issues*, 47, 159-175.

- Lachman, M.E. y McArthur, L.Z. (1986). Adulthood age differences in causal attributions for cognitive, physical, and social performance. *Psychology and Aging*, 1, 127-132.
- Le Poncin, M. (1992). *Gimnasia cerebral*. Madrid: Temas de Hoy.
- Levy, B. (1996). Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1092-1106.
- Light, L.L. (1991). Memory and aging: four hypothesis in search of data. *Annual Review Psychology*, 42, 333-376.
- Lineweaver, T.T. y Hertzog, C. (1998). Adults' efficacy and control beliefs regarding memory and aging: Separating general from personal beliefs. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 5(4), 264-296.
- Llinás, J. (2000). Psicología del envejecimiento: un reto de futuro. *Papeles del psicólogo*, 76.
- Lovelace, E.A. (1990). Aging and metacognitions concerning memory function. En E.A. Lovelace (Ed.), *Aging and cognition: Mental processes, self-awareness, and interventions*. Amsterdam: North-Holland/Elsevier.
- Mas, C., Jiménez, R., Munar, E. y Rosselló, J. (2004). Consideraciones sobre las variables dependientes habituales en la investigación cognitiva del envejecimiento. *Póster presentado en el I Congreso Internacional de Neurociencia del Envejecimiento Cognitivo*, celebrado en Palma de Mallorca en octubre de 2004.
- McDougall, G.J. (1999). Cognitive Interventions Among Older Adults. *Annual Review of Nursing Research*, 17, 219- 240.
- Mc Dougall, G.J. y Kang, J. (2003). Memory self-efficacy and memory performance in older males. *International Journal of Men's Health*, 2(2), 131-147.
- Montejo, P., Montenegro, M. y Claver, M.D. (2002). Intervención en funciones cognitivas. Entrenamiento de memoria. En L. Agüera, M. Martín y J. Cervilla (Eds.), *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson.
- Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A.I., De Andrés, M.E. y Claver, M.D. (2001). *Programa de memoria. Método UMAM*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Montenegro, M., Montejo, P., Reinoso, A.I., Andrés, M.E. y Claver, M.D. (1998). La memoria en los mayores. *Enginy*, 8, 129-157.
- Muñoz, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Ochoa, S., Aragón, L. y Caicedo A.M. (2005). Memoria y metamemoria en adultos mayores: estado de la cuestión. *Acata Colombiana de Psicología*, 14, 19-32.
- Park, D. (2002). Mecanismos básicos que explican el declive del funcionamiento cognitivo con el envejecimiento. En D.C. Park y N. Schwarz (Coords.), *Envejecimiento cognitivo*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Pérez, M., Peregrina, S., Justicia, F. y Godoy, J. (1995). Memoria cotidiana y metamemoria en ancianos institucionalizados. *Anales de Psicología*, 11(1), 47-62.
- Ponds, W.H.M. y Jolles, J. (1996). Memory complaints in elderly people : the role of memory abilities, metamemory, depression and personality. *Educational Gerontology*, 22(4), 341-357.
- Puig, A. (2003). Programa de entrenamiento de la memoria. Madrid: CCS.
- Reinke, B.J., Holmes, D.S. y Denney, N.W. (1981). Influence of a "friendly visitor" program on the cognitive functioning and morale of elderly persons. *American Journal of Community Psychology*, 9(4), 491-504.
- Rogers, W. (2002). Atención y envejecimiento. En D. Park y N. Schwarz (Coords.), *Envejecimiento cognitivo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Salthouse, T.A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103, 403-428.
- Scheibel, A.B. (1996). Structural and functional changes in the aging brain. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*. San Diego: Academic Press.
- Troyer, A.K. y Rich, J.B. (2002). Psychometric properties of a new metamemory questionnaire for older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(1), 19-27.
- Turner, M.L. y Pinkston, R.S. (1995). Effects of a memory and aging workshop on negative beliefs of memory loss in the elderly. *Educational Gerontology*, 19(5), 359-373.
- Turvey, C.L., Schultz, S., Arndt, S., Wallace, R.B. y Herzog, R. (2000). Memory complaint in a community sample aged 70 and older. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(11), 1435-1441.
- Vega, J.L. y Bueno, B. (1995). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Verhaeghen, P., Geraerts, N. y Marcoen, A. (2000). Memory complaints, coping, and well-being in old age: A systemic approach. *The Gerontologist*, 40(5), 540-548.
- Villar, F.(2003). *Prólogo*. En A.Puig, *Programa de entrenamiento de la memoria*, Madrid:CCS.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.

# IMPlicACIONES EDUCATIVAS DE LOS MODELOS TEÓRICOS DEL PROCESO DE REVISIÓN TEXTUAL

## EDUCATIONAL IMPLICATIONS OF THE THEORETICAL MODELS OF TEXT REVISION

**Olga Arias-Gundín y Jesús-Nicasio García-Sánchez**

Universidad de León

Actualmente, se considera la escritura como una actividad compleja que implica tres grandes procesos: planificar, editar y revisar; así, se considera la revisión como uno de los componentes centrales e importantes de la composición escrita, afectando al conocimiento del escritor e incidiendo en la calidad de los textos producidos, tal y como de forma consensuada indican los diferentes modelos generales de la escritura y enfoques psicológicos. El objetivo de este trabajo, es revisar las bondades, limitaciones, aplicaciones e implicaciones del procedimiento CDO de revisión textual, dada su importancia y complejidad, al ser considerado como un proceso recursivo a lo largo de todo el proceso de escritura; así como el hecho de que los estudiantes no revisan de forma espontánea, afectando esto a su rendimiento y éxito escolar, entre otros ámbitos, del mismo modo que inciden otros factores y variables personales como la motivación y la autorregulación.

**Palabras clave:** Escritura, Proceso de revisión, Procedimiento CDO, Implicaciones educativas.

Nowadays writing is considered a complex activity that consists of three processes: planning, translating and reviewing. Revision is considered an important component of writing. According to several writing frameworks, revision is a recursive process along the writing process, it affects to textual quality and writer's knowledge. In general, novice writers or students with learning disabilities do not spontaneously revise their composition, and which has repercussions on their school yield. Aim of this paper is to know the importance, advantages, limitations and implications of CDO procedure about textual revision.

**Keywords:** Writing, Revision process, CDO procedure, Educational implications.

### IMPlicACIONES EDUCATIVAS DE LOS MODELOS TEÓRICOS DEL PROCESO DE REVISIÓN TEXTUAL

El trabajo que se presenta a continuación tiene por finalidad presentar y analizar el procedimiento CDO relacionado con los diferentes modelos cognitivos del proceso de revisión textual para determinar sus limitaciones, sus bondades, sus implicaciones y sus aplicaciones para la intervención e instrucción educativa en el contexto del aula clase, así como para el asesoramiento de los profesores y todos los profesionales implicados en la intervención; dada la importancia que a este proceso de la composición escrita se le ha prestado desde los diferentes modelos generales de la escritura y enfoques psicológicos (ver revisión de Arias-Gundín y García, en prensa).

El estudio de la escritura ha ido evolucionando hasta la actualidad donde su interés se centra en el estudio de los

procesos implicados (ver propuestas de Alamargot y Chanquoy, 2001; MacArthur, Graham y Fitzgerald, 2006). El énfasis, al principio de esta nueva época estuvo puesto en las operaciones cognitivas implicadas en la escritura como tarea individual de solución de problemas, ajustándose progresivamente el foco de estudio a cómo inciden en la elaboración de los textos el contexto inmediato, los dispositivos pedagógicos que promueven u obstaculizan la producción textual y la cultura a través de sus prácticas, representaciones y géneros habituales (Flower y Higgins, 1991; Lea, 1999; Piolat y Roussey, 1992).

Observando con atención los distintos modelos teóricos sobre la escritura (ver revisión de Arias-Gundín y García, en prensa), de forma general se diferencian dos tipos de procesos cognitivos: procesos de bajo nivel o mecánicos y procesos de alto nivel o sustantivos, enmarcando en estos últimos el proceso de revisión de la escritura; así en el modelo propuesto por Hayes y Flower (1980) se recoge de forma explícita la revisión considerándola como una actividad autónoma al tiempo que recursiva, y compuesta tanto por la lectura del texto como

*Correspondencia:* Olga Arias-Gundín y Jesús-Nicasio García-Sánchez. Universidad de León, Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía, Área de Psicología Evolutiva y de la Educación, Campus de Vegazana, s/n, 24071-León, España.  
E-mail: oarig@unileon.es; jn.garcia@unileon.es

por su corrección que interrumpe el resto de los procesos que componen la escritura; por el contrario no se puede encontrar recogida de forma explícita la revisión textual en ninguno de los modelos de Bereiter y Scardamalia (1987), aunque sí se puede observar de forma implícita en el modelo de *decir el conocimiento* cuando el escritor determina la discrepancia entre el texto intentado y el producido mediante el proceso de interpretación textual, lectura y comprensión del texto; del mismo modo se considera que el componente de monitorización de la escritura del modelo propuesto por Kellogg (1996) se refiere a la revisión, incluyendo la lectura y/o relectura del texto escrito y la edición del mismo, llevándose a cabo dentro de alguno de los componentes de la memoria operativa.

Como se ha puesto de manifiesto, desde los diferentes modelos es considerada la revisión como uno de los componentes centrales y más importantes del proceso general de la composición escrita, puesto que un texto raramente se escribe bien la primera vez, porque afecta al conocimiento del escritor y porque sin duda incide en la calidad de los textos realizados (Beal, 1996; Perez, 2001). Fitzgerald (1987) consideraba la revisión como los cambios que se llevan a cabo en el proceso de escritura; por lo que durante la fase de revisión tiene lugar la parte más dura de la escritura, siendo muy importante que se revisen bien los textos elaborados, pues los cambios que se llevan a cabo durante la revisión hacen que un texto adquiera calidad; así la revisión es entendida como el momento en el que se llevan a cabo las modificaciones que el escritor considera necesarias para perfeccionar y completar el texto producido en relación con el texto que tenía en mente (Cameron, Edmundo, Wigmore, Hunt y Linton, 1997; Guilford, 2001; Perez, 2001).

En general, son pocos los estudiantes que revisan sus propios textos sin el apoyo de sus profesores, realizando pequeñas revisiones superficiales y presentando un escaso uso de los procesos de autorregulación, de la evaluación y ejecutando la revisión sin control metacognitivo, además de minimizar el papel que atribuyen a las habilidades de revisión y autorregulación (Klassen, 2002). Estos estudiantes valoran principalmente los aspectos más superficiales o mecánicos de la escritura frente a los aspectos más profundos o sustantivos, considerando casi exclusivamente que la buena escritura es aquella que está libre de errores mecánicos, mientras que los escritores más expertos focalizan sus atención en los aspectos sustantivos (Butler, Elashuk y Poole, 2000).

Vista la importancia y la dificultad que entraña para los estudiantes realizar de forma eficaz el proceso de revisión textual, se hace necesario articular recursos para

que se puedan llevar a cabo programas de intervención, tanto en las aulas de forma conjunta con el grupo clase, como de forma individual atendiendo a las necesidades y características que presenten cada uno de los estudiantes proporcionando la intervención específica que precisen en cualquiera de los contextos de actuación. Para llevar a cabo de forma precisa la intervención educativa y el asesoramiento a todos los profesionales implicados, es necesario realizar un análisis de los modelos específicos del proceso de revisión que han tenido una influencia importante en el estudio y desarrollo de la revisión textual, para determinar tanto sus implicaciones como sus aplicaciones, y poder elaborar/proponer un modelo realmente útil para el trabajo en el área de la educación. En este sentido, y una vez revisados todos los modelos teóricos específicos del proceso de revisión (Arias-Gundín, 2005), a continuación se presenta y propone el procedimiento CDO de revisión elaborado por Scardamalia y Bereiter (1985). No se puede considerar realmente como un modelo teórico de la revisión textual, pero es la descripción más compleja y completa realizada de la actividad de revisión, y desde el punto de vista educativo es una técnica que realmente ayuda a revisar a todos los escritores, implicación que será presentada con posterioridad. No obstante, psicológicamente se ha utilizado esta estructura de la revisión textual para poder entender la complejidad de este proceso.

### **Modelo de Scardamalia y Bereiter (1985)**

Scardamalia y Bereiter realizaron la propuesta de un proceso técnico o procedimiento de revisión, de fácil enseñanza a los escritores y más concretamente a los escritores que no realizan revisiones espontáneas (ver Figura 1). El funcionamiento del proceso de revisión se realiza a través de un procedimiento de autorregulación compuesto por tres operaciones mentales recursivas, que se pueden encadenar de forma que interactúan a lo largo de todo el período de revisión. Las operaciones cognitivas implicadas en la revisión son la comparación, el diagnóstico y la acción, dando lugar al *procedimiento CDO* (comparar, diagnosticar, operar). Estas tres operaciones intervienen deliberadamente y de forma cíclica durante todo el proceso de revisión, permitiendo al escritor revisar el texto oración a oración.

De acuerdo con su modelo de escritura (Bereiter y Scardamalia, 1987), se construyen y almacenan en la memoria a largo plazo dos representaciones mentales del texto, una del texto elaborado y otra del deseado. Es muy importante subrayar esta diferencia porque la forma final del texto, en muchos casos, es completamente

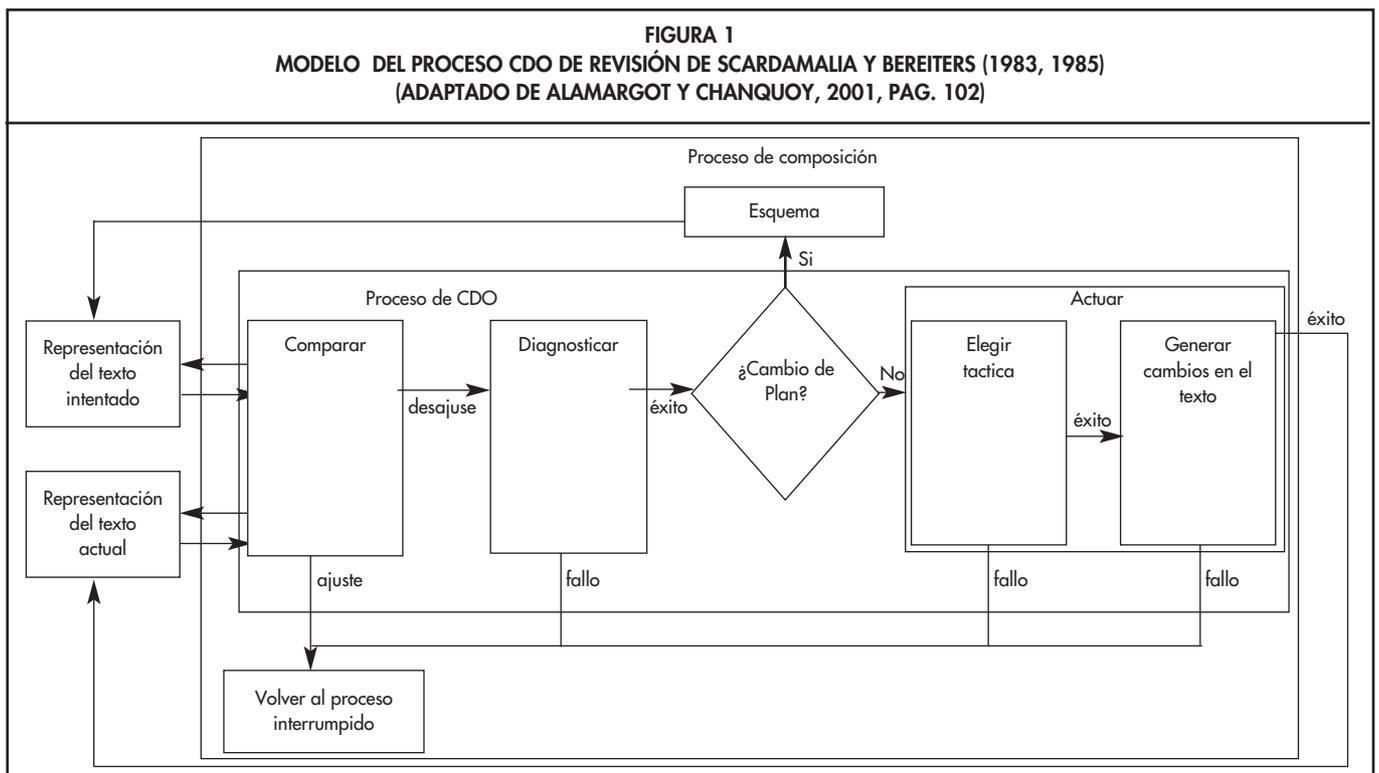
diferente al texto que pensó el escritor y a la representación mental que del mismo se realizó. Este hecho permite explicar porque a los escritores les resulta más fácil revisar las producciones de los demás; cuando ellos revisan sus propios textos, no leen lo que está escrito, sino que leen lo que piensan que han escrito. Esta es la explicación que sustenta los hallazgos realizados por Chanquoy (2001) y que les permitieron afirmar que la revisión demorada era más eficaz que la revisión realizada de forma autorregulada en el momento de escribir el texto.

De esta forma el *proceso CDO* se activa cuando se percibe un desequilibrio entre los dos textos (el intentado o pensado y el ejecutado), es decir, en términos de control del proceso de escritura, de forma general el proceso CDO interrumpe otros procesos implicados en la escritura. Las tres operaciones básicas del *proceso CDO* se llevan a cabo en el siguiente orden: primero, la acción de *comparar* que evalúa las discrepancias entre ambos textos, para identificar el fragmento en el que se percibe un desajuste; cuando dicho desajuste es detectado la acción del *diagnóstico* determina la naturaleza del problema, así como las posibles correcciones; para finalizar la *acción* ejecuta las correcciones deseadas con el apoyo de otros dos componentes: la selección de la estrategia necesaria para resolver los problemas y la generación de los cambios en el texto.

Del mismo modo, en los modelos propuestos por Hayes (Hayes, 1996; Hayes, Flower, Schriver, Stratman y Carey, 1987), se conceptualiza la revisión como una actividad recursiva a lo largo de todo el proceso de escritura, siendo necesario trabajar la revisión textual no sólo en el texto ya editado sino desde que se plantea la actividad de escribir, es decir, desde la definición de la tarea, su planificación, la detección de las discrepancias entre el texto intentado y el producido, hasta la resolución del desajuste percibido, como queda reflejado en los conocimientos que Hayes et al. (1987) identificaron como necesarios para llevar a cabo la revisión.

La modificación de los fragmentos de texto se considera problemática, es decir, llevar a cabo los cambios cuando el escritor considera que es necesario realizarlos. Esto es característico cuando el escritor no conoce cómo realizar las modificaciones necesarias. Lo que es más, los escritores necesitan conocer, de acuerdo con las propuestas de Scardamalia y Bereiter (1985), un número determinado de subprocesos: evaluación, decisiones tácticas (i. e. eliminar, reescribir...) y control ejecutivo del objetivo de la revisión textual; tal y como se recogen en otros modelos teóricos. Asimismo, cabe recordar que Hayes (1996) considera que para comprender la revisión no es suficiente con identificar todos los procesos involucrados en la misma, sino que hay que interiorizarlos y entender

FIGURA 1  
 MODELO DEL PROCESO CDO DE REVISIÓN DE SCARDAMALIA Y BEREITERS (1983, 1985)  
 (ADAPTADO DE ALAMARGOT Y CHANQUOY, 2001, PAG. 102)



**TABLA 1**  
**SÍNTESIS DEL PROGRAMA INSTRUCCIONAL EN EL PROCEDIMIENTO CDO DE LA REVISIÓN DE TEXTOS**

Bloque temático	Sesión	Estrategias y técnicas	Materiales utilizados	
			Ejercicios	Guías de trabajo
<i>Bloque I: Sensibilización e importancia de la escritura</i>	1. Sensibilizar a los alumnos sobre la importancia de la escritura	* Coloquio * Lluvia de ideas * Enumerar * Priorizar	<input type="checkbox"/> ¿Por qué escribo? <input type="checkbox"/> Mi pirámide	
	2. Promover la reflexión e implicación del alumno en la escritura	* Coloquio * Lluvia de ideas	<input type="checkbox"/> Cuestionario sobre habilidades en la escritura <input type="checkbox"/> Me gustaría escribir.	
	3. Importancia de la revisión	* Coloquio * Práctica guiada * Comparación	<input type="checkbox"/> El baloncesto I <input type="checkbox"/> El baloncesto II	
<i>Bloque II: Aproximación al proceso CDO en los aspectos mecánicos de la revisión</i>	4. Revisión de aspectos mecánicos I (detección de errores)	* Moldear * Refuerzo * Práctica guiada * Pensamiento en voz alta	<input type="checkbox"/> ¿Escribo bien I? <input type="checkbox"/> Los dos burros	⇒ Guía de revisión "revisando el texto I"
	5. Revisión de aspectos mecánicos II (detección de errores)	* Identificar * Afianzamiento * Modelado verbal * Refuerzo	<input type="checkbox"/> La urraca ladrona	⇒ Guía de revisión "revisando el texto I"
	6. Revisión de aspectos mecánicos III (detección de errores y propuesta de mejoras)	* Focalización * Práctica guiada * Actividad guiada * Subrayado * Refuerzo	<input type="checkbox"/> El pulpo goloso	⇒ Guía de revisión "revisando el texto II"
	7. Revisión de aspectos mecánicos IV (detección de errores y propuesta de mejoras)	* Moldeado verbal * Refuerzo * Subrayado * Comparación	<input type="checkbox"/> La familia ardilla	⇒ Guía de revisión "revisando el texto II"
	8. Revisión de aspectos sustantivos I (detección de errores)	* Moldeado verbal * Identificar * Práctica guiada * Pensamiento en voz alta	<input type="checkbox"/> ¿Escribo bien II? <input type="checkbox"/> La pandilla de amigos	⇒ Guía de revisión "revisando el texto III"
<i>Bloque III: Aproximación al proceso CDO en los aspectos sustantivos de la revisión</i>	9. Revisión de aspectos sustantivos II (detección de errores)	* Subrayar * Afianzamiento * Modelado * Refuerzo	<input type="checkbox"/> Los ratoncitos desobedientes	⇒ Guía de revisión "revisando el texto III"
	10. Revisión de aspectos sustantivos III (detección de errores y propuesta de mejoras)	* Práctica guiada * Subrayar * Comparar	<input type="checkbox"/> Minimicus y Marramiau	⇒ Guía de revisión "revisando el texto IV"
	11. Revisión de aspectos sustantivos IV (detección de errores y propuesta de mejoras)	* Enumerar * Actividad guiada * Subrayar * Refuerzo * Modelado	<input type="checkbox"/> La pantera trapecista	⇒ Guía de revisión "revisando el texto IV"
<i>Bloque IV: Aplicación del proceso CDO en la revisión de los aspectos mecánicos del texto</i>	12. Revisión de aspectos mecánicos: Ortografía	* Subrayar * Comparar * Refuerzo * Modelado	<input type="checkbox"/> Ortografía <input type="checkbox"/> La tortuga	
	13. Revisión de aspectos mecánicos: Puntuación	* Afianzar * Modelado * Refuerzo * Focalizar la atención * Comparar * Identificar	<input type="checkbox"/> Puntuación <input type="checkbox"/> El espantapájaros	
	14. Revisión de aspectos mecánicos: Gramática	* Moldear * Refuerzo * Afianzar	<input type="checkbox"/> Gramática <input type="checkbox"/> Un buen menú	
<i>Bloque V: Aplicación del proceso CDO en la revisión de los aspectos sustantivos del texto</i>	15. Revisión de los aspectos sustantivos: Cambio de palabras	* Afianzar * Focalizar la atención * Identificar	<input type="checkbox"/> Crucigrama <input type="checkbox"/> El ratoncito escritor	
	16. Revisión de los aspectos sustantivos: Añadir y/o suprimir contenido	* Moldear * Refuerzo verbal * Focalizar	<input type="checkbox"/> Los tres ratones <input type="checkbox"/> Rubén	
	17. Revisión de los aspectos sustantivos: Reordenar	* Refuerzo verbal * Práctica guiada * Moldear * Reforzar	<input type="checkbox"/> Texto puzzle <input type="checkbox"/> ¡A dormir!	
<i>Bloque VI: Práctica del proceso CDO en la revisión global de textos</i>	18. Revisión de un texto I	* Moldear * Refuerzo verbal * Práctica guiada	<input type="checkbox"/> El despiste de Teo	
	19. Práctica guiada de revisión y reescritura de un texto	* Moldear * Refuerzo verbal	<input type="checkbox"/> Los cabritillos	⇒ Guía de revisión
	20. Elaboración individual de una composición escrita	* Moldear * Refuerzo verbal	<input type="checkbox"/> Este verano	⇒ Guía de revisión

porqué se llevan a cabo. Así, la comprensión por parte del escritor de las estrategias implicadas le van a permitir conocer cuándo, dónde, cómo y porqué usar, evaluar y controlar las estrategias cognitivas (Butterfield, Hacker y Albertson, 1996), es decir, la evaluación y el control son considerados como procesos automáticos almacenados en la memoria a largo plazo.

Es importante destacar que este procedimiento puede pararse en cualquier momento de su recursividad y no conseguir finalizar la revisión con éxito. Esto permite comparar e interpretar los modelos teóricos existentes y afirmar que la simple relectura del texto revisado no conlleva a una detección y corrección de errores, cualquiera que sea su naturaleza. De esta forma es necesario prever algunas de las conductas que puede llevar a cabo los escritores en la actividad de revisar, tal y como recogen Alamargot y Chanquoy (2001).

Asimismo, el modelo de Hayes (1996) incluye por primera vez los recursos necesarios tanto de la memoria operativa como de la memoria a largo plazo, siendo el modelo de Butterfield, Hacker y Albertson (1996) más complejo, donde además de describir la conducta del revisor, se consideran las tareas contextuales, el conocimiento y estrategias del escritor, y de forma destacada el papel de la memoria, tanto de la operativa como de la memoria a largo plazo. De esta forma, este último modelo, en lugar de sólo describir los diferentes subprocesos de la revisión, especifica el conocimiento y las estrategias necesarias e incluidas en la misma y clarifica el papel importante que desempeña la memoria operativa en el proceso de revisión en la línea que lo hace el modelo general de la escritura de Kellogg (1996). De esta forma, los recursos cognitivos disponibles en la memoria operativa limitan de forma excesiva el proceso general de la escritura y pueden llegar a sobrecargarla, sobre todo para el caso de los escritores menos expertos, quienes todavía no han automatizados algunos de los procesos de escritura (Swanson y Siegel, 2001); principalmente esta sobrecarga correspondería a procesos de bajo nivel que perjudicaría el desarrollo de los procesos de alto nivel, dado que los recursos cognitivos necesarios se dividen entre ambos procesos.

De esta forma, la revisión textual depende de los recursos limitados de la memoria operativa, ratificándose con el hecho de que todos los escritores revisan más los aspectos superficiales que los profundos del texto, debido a que la revisión mecánica o superficial no sólo es más fácil sino también menos costosa, dado que son los primeros aspectos que se adquieren y automatizan.

Son importantes las aportaciones realizadas por Scar-

damalia y Bereiter (1985) aunque su proceso se pueda considerar más como una técnica que facilita la revisión que como un modelo explicativo. Así este tipo de procedimiento permiten a los escritores principiantes o que presentan dificultades de aprendizaje y/o bajo rendimiento revisar de forma completa y sistemática sus textos. Otras aportaciones significativas realizadas por estos autores con su propuesta son precisar la definición de los subprocesos inmersos en la revisión textual que describen dos subprocesos de evaluación (comparar y diagnosticar), y la modificación del texto que implica dos acciones (la selección de la táctica de corrección y la generación de cambios en el texto). Los equipos de Flower, Hayes y Butterfield elaboraron complejos modelos teóricos sobre el proceso de revisión textual que especificaban todos los subprocesos y elementos inmersos en el mismo.

### *Implicaciones para la intervención*

Tal y como se ha presentado a lo largo de este trabajo es muy importante que los estudiantes realicen de forma eficaz la revisión textual, dado que es en este momento cuando un texto adquiere calidad. Para ello es necesario que los estudiantes sean instruidos y adiestrados en esta compleja tarea, proporcionándoles un abanico amplio de estrategias y procedimientos, sin olvidar tanto los diferentes elementos y procesos implicados en la revisión como las características personales de cada estudiante (Perez, 2001), cobrando vital importancia en este proceso el papel desempeñado por los diferentes profesionales en el campo educativo.

Actualmente se conocen un gran número de variables implicadas en el proceso de revisión, lo que convierte a la revisión textual en una actividad muy complicada y con un esencial carácter recursivo a lo largo de toda la tarea de escritura. Así pues este proceso demanda una gran capacidad cognitiva para que la revisión se pueda efectuar de forma precisa y eficaz. En este sentido es importante recordad la limitada capacidad de la memoria operativa; de esta forma se hace precisa automatizar algunos aspectos de la revisión textual para que aquellos otros que demandan mayor atención puedan llevarse a cabo con mayor pericia. Es en este momento cuando se hace imprescindible diseñar y elaborar programas específicos de intervención para cada uno de los elementos y variables implicadas en la revisión, así como utilizar procedimientos eficaces de revisión textual, diseñar materiales útiles para facilitar las revisiones en los escritores principiantes, con dificultades de aprendizaje, con bajo rendimiento..., y articular recursos tanto materiales como instruccionales, que permitan proporcionar a cada

estudiante únicamente la ayuda que precise en aquel subproceso o acción que presente más dificultades, bien por su desconocimiento o bien por una ejecución incorrecta (Arias-Gundín y García, 2008; Chanquoy, 2001).

El procedimiento CDO presentado a lo largo de este trabajo es un recurso muy valioso para facilitar el aprendizaje y ejecución de la revisión textual a lo largo del proceso de escritura y la automatización de algunos de sus componentes como son los aspectos mecánicos de la revisión. Hasta el momento son varios los estudios realizados que demuestran la eficacia de este procedimiento tanto en estudiantes con bajo rendimiento (Arias-Gundín y García, 2006) como con estudiantes de secundaria combinado con niveles de ayuda (Arias-Gundín y García, 2007); al mismo tiempo aumenta su eficacia cuando va acompañado de materiales adecuados que permiten a los escritores focalizar la atención única y exclusivamente en aquellos aspectos que no tienen automatizados permitiendo liberar recursos cognitivos (Arias-Gundín y García, 2008; García y Arias-Gundín, 2008).

Seguidamente, y a modo de ejemplo, se presenta una secuencia instruccional basada en el procedimiento CDO y se ilustra con el procedimiento tipo seguido en una de ellas acompañada de los materiales necesarios para el desarrollo de la misma.

Este programa puede implementarse de forma conjunta a todo el grupo clase o de forma individualizada a aquel estudiante que lo precise. En el primero de los casos puede realizar esta tarea el profesor del área de Lengua Castellana y formar parte de la programación de aula, dado que una vez que los estudiantes conozcan y sean capaces de aplicar este procedimiento de forma autónoma los resultados no sólo se observarán en éste área sino también en el resto de las áreas curriculares, porque no hay que olvidar que la escritura es una extensión de la memoria, sirve para desarrollar la inteligencia pues ayuda a clasificar, precisar y organizar la ideas, es una herramienta de enseñanza-aprendizaje, satisface necesidades comunicativas, permite demostrar conocimientos en el ámbito escolar... En el segundo de los casos la aplicación del procedimiento será efectuada por alguno de los especialistas en colaboración y siguiendo las indicaciones realizadas por el psicólogo y/o psicopedagogo del centro. Este programa consta de veinte sesiones de unos cincuenta minutos de duración cada una de ellas, están agrupadas en seis bloques temáticos tal y como se recoge en la Tabla 1.

De forma general todas las sesiones siguen un mismo patrón de desarrollo. Siempre se comienza recordando los contenidos trabajados en la sesión anterior, para de

esta forma engarzar los ejercicios recordatorios con la activación de los conocimientos previos y necesarios que poseen los estudiantes sobre los aspectos que se trabajarán en la sesión. Seguidamente se centra la atención de los estudiantes en aquellos contenidos específicos y novedosos, utilizando un estilo de enseñanza interactivo mediante modelado el profesor realizará el primer ejercicio que sirve de ejemplo sobre los aspectos explicados, el siguiente ejercicio lo realizarán de forma conjunta todos los estudiantes, reforzando el profesor las respuestas satisfactorias y moldeando las incorrectas hasta lograr la adecuada, seguidamente los estudiantes realizarán de forma individual y/o en parejas los ejercicios relacionados con estos aspectos. Para finalizar la sesión de trabajo, los estudiantes de forma individual y/o por pares realizarán los ejercicios de afianzamiento, que generalmente estarán relacionados con la detección de errores, propuesta de mejoras y/o reescritura de algún texto, ya sea en su totalidad o de algún fragmento.

No obstante y al margen del programa presentado, para la ejecución eficaz del proceso CDO de revisión siempre debe realizarse siguiendo cuatro pasos. El procedimiento comienza con la lectura atenta del texto y su comprensión; seguidamente los estudiantes deben detectar y diagnosticar los problemas y/o errores existentes en el mismo, para ello pueden utilizar la estrategia de subrayado dado que ésta es una de las estrategias de adquisición de información más eficaz (Román y Gallego, 1994); posteriormente deben pensar, establecer formas en que resolverán los problemas encontrados y proponer mejoras. Para finalizar los estudiantes deberán reescribir el texto revisado.

#### AGRADECIMIENTOS

Durante la realización de esta investigación se recibieron ayudas de la DGICYT-MEC y de los fondos Feder de la Unión Europea, al proyecto de investigación competitivo concedido al IP (JN García) desde el 1 de octubre de 2007 hasta al 30 de septiembre de 2010, MEC (SEJ2007-66898).

#### REFERENCIAS

- Alamargot, D. y Chanquoy, L. (2001). *Through the models of writing*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Arias-Gundín, O. (2005). *La revisión en la composición escrita para reestructurar conocimientos y aprender cambiando hábitos: desarrollo e instrucción*. Universidad de León: Tesis inédita.
- Arias-Gundín, O. y García, J. N. (en prensa). Evolución

- del proceso de revisión en los modelos de escritura. *Aula Abierta*.
- Arias-Gundín, O. y García, J. N. (2008). *Dynamic assessment as an instructional resource in the revising process in writing*. Manuscrito enviado para su publicación.
- Arias-Gundín, O. y García, J. N. (2007). Eficacia de la instrucción en los aspectos mecánicos y/o semánticos de la revisión textual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 5-30.
- Arias-Gundín, O. y García, J. N. (2006). Instrucción en el proceso de revisión textual mediante el procedimiento CDO en estudiantes que presentan bajo rendimiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(145), 693-713.
- Beal, C. R. (1996). The role of comprehension monitoring in children's revision. *Educational Psychology Review*, 8(3), 219.
- Bereiter, C. y Scardamalia, M. (1987). *The Psychology of Written Composition*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Butler, D. L., Elashuk, C. L. y Poole, S. (2000). Promoting strategic writing by postsecondary students with learning disabilities: A report of three case studies. *Learning Disability Quarterly*, 23, 196-213.
- Butterfield, E. C., Hacker, D. J. y Albertson, L. R. (1996). Environmental, cognitive and metacognitive influences on text revision: Assessing the evidence. *Educational Psychology Review*, 8, 239-297.
- Cameron, C. A., Edmunds, G., Wigmore, B., Hunt, A. K. y Linton, M. J. (1997). Children's revision of textual flaws. *International Journal of Behavioral Development*, 20(4), 667-680.
- Chanquoy, L. (2001). How to make it easier for children to revise their writing: A study of text revision from 3<sup>rd</sup> to 5<sup>th</sup> grades. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 15-41.
- Fitzgerald, J. (1987). Research on revision in writing. *Review of Educational Research*, 57, 481-506.
- Flower, L. y Higgins, L. (1991). *Collaboration and the construction of meaning*. Washington, DC: Office of Educational Research and Improvement.
- García, J. N. y Arias-Gundín, O. (2004). Intervención en estrategias de revisión del mensaje escrito. *Psicohema*, 16(2), 194-202.
- García, J. N. y Arias-Gundín, O. (2008). *Efficacy of an instructional program in the textual revising processes by means of dynamic assessment*. Manuscrito enviado para su publicación.
- Guilford, W. H. (2001). Teaching peer review and the process of scientific writing. *Advances in Physiology Education*, 5(3), 167-175.
- Hayes, J. R. (1996). A new framework for understanding cognition and affect in writing. En C. M. Levy y S. Ransdell (Eds.), *The science of writing: Theories, methods, individual differences and applications* (pp. 1-27). Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hayes, J. R. y Flower, L. S. (1980). Identifying the organization of writing processes. En L. W. Gregg y E. R. Steinberg (Eds.), *Cognitive processes in writing: An interdisciplinary approach* (pp. 3-30). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hayes, J. R., Flower, L. S., Schriver, K. A., Stratman, J. F. y Carey, L. (1987). Cognitive processes in revision. En S. Rosenber (Ed.), *Advances in applied psycholinguistics: Vol.2. Reading, writing, and language learning* (pp.176-240). New York: Cambridge University Press.
- Kellogg, R. T. (1996). A model of Working Memory in Writing. En C. M. Levy y S. Ransdell (Eds.), *The science of writing: Theories, methods, individual differences and applications* (pp. 57-72). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Klassen, R. (2002). Writing in early adolescence: A review of the role of self-efficacy beliefs. *Educational Psychology Review*, 14(2), 173-203.
- Lea, M. (1999). Academic literacies and learning in higher education. Constructing knowledge through texts and experience. En C. Jones, J. Turner y B. Street, *Students writing in the university. Cultural and epistemological issues* (pp. 103-124). Amsterdam: John Benjamins Publishing Co.
- MacArthur, C. A., Graham, S. y Fitzgerald, J. (2006). *Handbook of writing research*. New York: The Guilford Press.
- Perez, S. A. (2001). Revising During Writing in a Second Grade Classroom. *Educational Research Quarterly*, 25(1), 27-32.
- Piolat, A. y Roussey, J. Y. (1992). Rédactions de textes. *Èlèments de Psychologie Cognitive. Langages*, 106, 106-124.
- Román, J.M<sup>º</sup>. y Gallego, S. (1994). *ACRA: Escalas de estrategias de aprendizaje*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Scardamalia, M. y Bereiter, C. (1985). The development of dialectical processes in composition. En D. Olson, N. Torrance y A. Hildyard (Eds.), *Literacy, language and learning: the nature and consequences of reading and writing* (pp. 307-329). New York: Cambridge University Press.
- Swanson, H. L. y Siegel, L. (2001). Learning disabilities as a working memory deficit. *Issues in Education*, 7(1), 1-48.



## EL DISCRETO ENCANTO DE SER MASCULINO THE DISCREET CHARM OF BEING MALE

José M. Prieto<sup>1</sup>, Ricardo Blasco<sup>2</sup> y Gerardo López Montalvo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Complutense de Madrid. <sup>2</sup>Universidad de Barcelona

Seis premisas constituyen el marco de referencia: a) el dimorfismo sexual existe y subsistirá, b) las variantes culturales masculinas son respetables, c) masculinidad es a normalidad como machismo es a psicopatología, d) la virilidad sigue siendo una cualidad positiva que define a los varones, e) sólo uno de cada tres estudios psicológicos tenía en cuenta a los varones a finales del siglo XX, f) Los varones han pasado a la clandestinidad: callan y dejan que se hable de ellos con datos de segunda mano. Secularmente los hombres han fraguado su identidad social que traspasa fronteras y culturas al compartir facetas. Ante los profesionales de la Psicología los hombres hablan de sí mismos en psicoterapia, en sesiones de consejo psicológico, en cursos de formación y desarrollo. No hay Institutos del Hombre que empleen dinero público para estudiar los asuntos y problemas que les conciernen. En psicología los varones están en minoría: hacen y dejan hacer. Las pruebas de paternidad muestran que uno de cada cuatro pueden ser sólo padres putativos. La iniciativa sexual no es un privilegio masculino. Hay modos varoniles de expresar las emociones. Cada vez se impone más la organización polícrona de tiempos y actividades por las nuevas tecnologías. El liderazgo directivo tiene connotaciones masculinas. La sistematización prevalece en los modos de pensar masculinos. Los hombres son remunerados por lo que hacen y por su dedicación. La creatividad y la inventiva aflora entre los hombres y muchos genios han sido perseguidos y ninguneados en su tiempo. Pocos hombres se ven como centro o como el primer sexo. Esas son categorías ajenas. Apelativos como metrosexual, tecnosexual, retrosexual, ubersexual son alias para no hablar más de masculinidad.

**Palabras clave:** Masculinidad, Hombres, Psicología masculina, Psicología del hombre, Virilidad, Paternidad, Iniciativa sexual.

Six major premises are in the background and are studied: a) sexual dimorphism exists and survives, b) masculine forms of culture are honorable, c) maleness is to normality as machismo is to psychopathology, d) virility is still a positive and definitive quality of men, e) only one out of three psychological researches were based on male data sponsored often by public funding by the end of the 20<sup>th</sup> century, f) men now go underground: they keep silent and let others talk about them based on second-hand data. Throughout centuries males forged their social identity by themselves, sharing patterns across cultures and borders. Males meet psychologists in psychotherapy, in counselling, in coaching and mentoring programs, in training and development programs. There are no Men Institutes sponsored by public funding to do research on matters and problems typical of men. In Psychology males are just a minority: they do and let others do. Paternity tests show that about one out of four may be precisely putative fathers. Sexual initiative is not a male privilege. Males express their emotions in a manly manner. Polychronous time schemes and activities are widespread after new technologies. Directive leadership has masculine connotations. Systematizing prevails among males as a way of thinking. Men get their salary after what they do and devoted time. Creativity and inventiveness seem to flow among men and many geniuses faced prosecution or were ostracized. Rarely men view themselves as centre or first sex. These are categories invented somewhere around. Metrosexual, technosexual, retrosexual, ubersexual are just nicknames to avoid talking about maleness.

**Keywords:** Maleness, Masculinity, Men, Psychology of men, Male psychology, Virility, Fatherhood, Sexual initiative

### DEL ANDROCENTRISMO AL SEGUNDO SEXO

En el principio fue el hombre, y creó su mundo, masculino, por supuesto, y, de su mano, vino el progreso. En el principio fue la mujer, y creó su mundo, femenino, por supuesto, y, de su mano, el progreso fue posible.

A mediados del siglo XIX comenzó la primera ola del movimiento feminista que perduró hasta la Primera Guerra Mundial. Charlotte Perkins Gillman (1860-1935) proclamó que el mundo era androcéntrico en el título del libro que publicó en 1911. En 1949 Simone de Beauvoir (1908-1986) anunció que la mujer era el segundo sexo

y su libro marcó un antes y un después. Concibieron al hombre como centro, como primer sexo y a la mujer como "otredad".

He ahí el origen de cuantos Institutos de la Mujer han proliferado durante la segunda mitad del siglo XX en los países desarrollados. El propósito es político: negar que sean el segundo sexo, cuestionar el androcentrismo, expresiones ambas inventadas y pregonadas desde la cultura feminista. En los países desarrollados se han dedicado ingentes cantidades de dinero público al estudio de la identidad de las mujeres y lo que las concierne. Para el período 2008-2011, en España, 3.690 millones de euros para la Igualdad de Oportunidades en Mujeres y Hombres, cuya mención está de más en cada uno de

*Correspondencia:* José M. Prieto. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Campus de Somosaguas. 28223 Madrid. España. Email: jmprieto@psi.ucm.es



los doce ejes del Plan Estratégico. La Unión Europea ha creado un nuevo Instituto de Igualdad de Género, con 50 millones de euros de asignación inicial para monitorizar lo que ocurre en cada país miembro. Los datos se utilizarán como contraste, como telón de fondo en el que destacar hallazgos en pro del ginocentrismo. Sin perder puntada están, en su punto de mira, los varones, sobre los que hacen muchas afirmaciones.

En los países desarrollados brillan por su ausencia los Institutos del Hombre que se ocupen en exclusiva de los asuntos que conciernen a los varones, que utilicen los datos de mujeres para el contraste y que dediquen fondos públicos para ahondar en la identidad masculina y en todo aquello que atañe a su educación, salud y calidad de vida. El androcentrismo, al parecer, se sostiene por sí mismo. Los hombres no invierten para apuntalarlo.

Este artículo transita por un delicado filo de navaja ya que aborda algunas cuestiones masculinas por sí mismas. ¡Escribir sobre ellas, en tono positivo, tres varones, es hoy un atrevimiento! Aprender, compartir y transmitir algo a favor de aquello que identifica a los varones se ha convertido en una actividad clandestina.

En Psicología fue Gilligan (1986) quien sacó a la luz que la mayoría de las teorías psicológicas habían pasado por alto a las mujeres en los hallazgos y en las conclusiones. La situación no era para tanto y ha cambiado. El análisis bibliométrico de la base de datos PsycINFO ha mostrado que de 1887 a 1959 la proporción de artículos que hacían referencia a los hombres fue de 0.53; cambió la tendencia en el período 1960-1973, subiendo a 0.54 la proporción de artículos referidos a mujeres y ascendiendo a 0.65 en el período 1974-1997. En otras palabras, a finales del siglo XX sólo uno de cada tres artículos tenía que ver con varones (Moon y Hoffman, 2000). A parecida constatación llegaron Hoffman y Quinton (1996) al analizar datos en PsycLIT y SOCIOFILE durante el período 1974-1994. Con los hallazgos contemporáneos se ha construido una amplia gama de teorías psicológicas ginocéntricas. He ahí su valor añadido.

### EL DIMORFISMO SEXUAL

A la hora de estudiar la identidad masculina uno de los enfoques ha radicado en elaborar escalas de masculinidad-feminidad sustentadas, por ejemplo, en el contraste entre instrumentalidad y expresividad. Con datos españoles el análisis factorial ha puesto de relieve que el sustrato es multidimensional (Fernández, Quiroga, Del

Olmo y Rodríguez, 2007). En otras palabras, a partir de tales escalas, elaboradas "ad hoc" por los expertos, el dimorfismo sexual es una entelequia.

Los hombres asisten a sesiones de psicoterapia, de consejo psicológico, de asesoramiento personal (coaching) y en esos entornos se obtiene información de otro calibre. Al evaluar al personal a través de entrevistas y discusiones en grupo, en procesos de selección o promoción, en programas de formación y desarrollo, sale a la luz aquello que el hombre adulto tiene en cuenta y valora positiva o negativamente en su fuero interno y en sus interacciones con otros varones y mujeres en su medio personal y profesional. Son detalles y cuestiones ricas en matices de índole cualitativa (Brooks, 1998, Pollack y Levant, 1998; Good y Brooks, 2005). El dimorfismo sexual existe y cuenta en el mundo laboral. La identidad masculina es una realidad social; como tales se identifican buena parte de los hombres a lo largo de su vida (Wade y Brittan Powell, 2000; Whitehead, 2007).

### LA IDENTIDAD SOCIAL MASCULINA

A la hora de acotar cuál es el meollo de las señas de identidad social masculina la lista es larga; como botón de muestra Beynon (2002), Chafetz (1990), Edley y Wetherall (1995), Goldberg (1993), y Kimmel, Hearn y Connell (2004). Además la revista *Psychology of Men and Masculinity* de la división 51 de la American Psychological Association.

La raíz de la identidad masculina es el cromosoma Y, el tronco son las interacciones entre el sistema nervioso y el hormonal, con especial atención a la testosterona (Whitehead y Barrett, 2001), la savia viene a ser "el respaldo y la internalización de un sistema cultural de creencias sobre la masculinidad y lo masculino enraizado en la relación estructural entre los dos sexos", en palabras de Pleck, Sonenstein y Ku (1993, p.88). Connell (2000) ha señalado la existencia de una ordenación jerárquica en la identidad masculina, en la cúspide el machote y en la periferia el afeminado.

Desde la óptica antropológica y feminista, "machismo" es una palabra convertida en yunque para determinados comportamientos estereotipados de supremacía masculina, de dominio, de control (Bourdieu, 2000). Desde la óptica psicológica es una mezcla de narcisismo, homofobia, autoritarismo, marcha, camaradería, ilusión de grandeza y complicaciones hormonales (Rubinstein, 2003). Se trata, pues, de un meollo trastornado, anormal, muy distinto al de la identidad masculina, saludable, normal.



La negación de lo masculino como saludable, de su existencia como imposición cultural y su reducción a comportamientos de rol o a diferencias de género es una opción muy presente en las Facultades de Psicología y también en el Colegio de Psicólogos. En tales instituciones, periódicamente, se imparten cursos o seminarios sobre asuntos que conciernen a las mujeres. Ni un solo tema, ninguna sesión versa sobre el hombre como objeto de estudio y apreciación. Del mismo modo que se habla de misoginia, puede hablarse de “misandria” cuando lo masculino es rechazado o menoscabado. Esta parece ser la situación presente.

### Virilidad

Fue Cicerón (106 aC- 63dC) quien acuñó el término “virilidad” que ha puesto nombre a un conjunto de pautas de actuación y modos de hacerse notar que, en Occidente, se han considerado varoniles.

- ✓ La autonomía a la hora de funcionar y organizarse competitivamente parece ser el primer factor común que subyace en los estudios que pretenden identificar cuál es el meollo de la virilidad. Walker, Tokar y Fischer (2000) realizaron un análisis factorial con los ocho instrumentos más habituales y generaron una solución por componentes principales. Ideología Masculina fue la etiqueta asignada al primer factor que explicaba un 53% de la covarianza. Las tres saturaciones más altas (>0.70) la aportaban variables provenientes de la Escala Brannon de Masculinidad (Brannon, 1985): a) énfasis en el éxito en lo que se hace, b) no pedir ayuda y funcionar con autonomía, c) mandar al infierno a quien fastidie; “de afeminado nada” fue la quinta variable (saturación =0.56) y la cuarta, por su saturación (0.60), Señorío, proveniente de la Escala de Conflicto de Rol de Género de O’Neil et alii (1986).
- ✓ Asumir riesgos es otra de las pautas masculinas consolidadas desde la época de salir a cazar y a guerrear. Sus manifestaciones contemporáneas más relevantes son tasas elevadas de accidentes laborales y de tráfico, el abuso en el consumo de alcohol y tabaco, la ingesta de alimentos ricos en grasas, poco ejercicio físico a partir de los 35 años, evitación de reconocimientos médicos, estilo de vida agitado y conflictivo, con riesgo de fallo cardíaco, de mutaciones cancerígenas y de deterioros cerebrales tempranos (Mahalik, Levi Minzi y Walker, 2007). Los varones se crecen en situaciones estresantes, de rivalidad, en las

que se asumen y manejan peligros, tienen lesiones traumáticas graves del sistema nervioso central (Good et alii, 2006). De ahí programas de consejo psicológico para hombres para que lleven estilos de vida saludables y se ocupen de su salud (Good y Brooks, 2005, capítulo 2).

- ✓ Con la coeducación ha desaparecido la caballerosidad como objeto de formación y de práctica entre los muchachos. A partir del momento en que chicos y chicas conviven en las aulas se ha dado por sentado que los modales los aprenden espontáneamente, en la interacción cotidiana, a través de acciones y de reacciones en directo y en cualquier lugar (Von Martial y Gordillo, 1992). Actuar de modo caballeroso con las empleadas, compañeras y clientas, era una de las premisas de convivencia en los entornos laborales que está en declive. De ahí programas de consejo psicológico a hombres con la mira en estándares “políticamente correctos” (Good y Brooks, 2005, capítulos 3, y 4).
  - ✓ Restar importancia a la propia apariencia y al hecho de envejecer es otro de los patrones masculinos que ha cambiado (Cafri y Thompson, 2004). Es creciente el número de varones que consumen productos de moda y de cosmética; han descubierto el culto al cuerpo y al mantenimiento de la buena forma según cumplen años. La buena presencia es uno de los criterios habituales en procesos de selección sea cual sea la edad de los candidatos. Su apreciación está mediaticada por el índice de masa corporal, la estatura, el contorno de la silueta, el grado de satisfacción y la precisión al aquilatar la relación entre masa muscular y complexión (McCreary y Sadava, 2001).
- La nueva virilidad tiene sus prototipos, identificados en revistas de hombres para hombres, que se difunden entre minorías cualificadas económica y culturalmente. Se fundamentan en análisis de la cotidianidad, que a su vez propician y sustentan.
- ✓ Hombres tiernos y lábiles han pasado a ser objeto del deseo y de encomio entre mujeres que se consideran fuertes, que no se dejan amilanar ante cualquier atisbo de firmeza y reciedumbre masculina (Blazina y Watkins, 2000). A partir de ahí el ímpetu, el arranque han pasado a ser un privilegio femenino ante compañeros de trabajo o jefes abordables. La línea argumental suele ser: los hombres también lloran, tienen flaquezas, precisan ayuda, afrontan crisis personales o profesionales, llevan vidas caóticas. Aparecen en el tercer factor identificado por Walker, Tokar y



Fisher (2000); explica un 13% de la covarianza. Tales planteamientos vuelven del revés la cultura masculina dando lugar a una cierta epidemia andropática (Gil Calvo, 1997).

- ✓ El hombre metrosexual fue, desde 1994, el prototipo en alza de la cultura masculina. Se trata, en realidad, de una recuperación del mito clásico de Narciso, del dandi inglés, del *bon vivant*, del chic. Puede ser homosexual, heterosexual o bisexual. Suele ser hedonista, consumista, cosmopolita, sensible, vanidoso, pacífico, provocador. Del mundo del arte y de la literatura ha pasado al mundo empresarial, especialmente en los departamentos comerciales y de comunicación.
- ✓ El hombre retrosexual es el antagonista y empezó a usarse esta etiqueta en el 2003. Es el prototipo más clásico en los ambientes laborales tradicionales. Son hombres que dedican muy poco tiempo, dinero y esfuerzo a su cuidado personal y a la mejora de su propia imagen. Suele ser la esposa, la madre o la novia quien se ocupa de su atuendo y de su prestancia.
- ✓ El hombre tecnosexual es otro prototipo, en alza, desde el 2002, en los lugares de trabajo. Se aplica a varones a la última en el manejo de sofisticados administrículos tecnológicos y que se sienten a gusto con los destellos de feminidad que aprecian en sí mismos y que asumen como saludables. Tiene también connotaciones sexuales: dedican más tiempo a las relaciones erótico festivas en el ciberespacio que en el cara a cara de carne y hueso. Llevan el control de sus compras, de sus gustos, de sus querencias.
- ✓ El hombre Übersexual es otra expresión que circula desde el año 2005. Alude al hombre que supera sus condicionantes como varón para obtener reconocimiento y brillar con luz propia, dentro y fuera de la jornada de trabajo. En el punto de mira hombres auténticos y capacitados que funcionen a cabalidad, que demuestren perfección y grandeza de espíritu. Viene a ser una revisión de la noción de superman, de cátaro.

Frith y Gleeson (2004) indagaron, mediante cuestionario, qué es lo que tienen en cuenta los hombres a la hora de vestirse y los criterios que afloraron fueron cuatro: a) prefieren la funcionalidad cotidiana y relegan a un segundo plano la estética, b) les preocupa poco apreciar cómo les queda la ropa en su cuerpo, c) muy pocos compran ropa con la mira en exhibir su cuerpo, d) se guían por unos confusos estándares culturales respecto a

qué ropa es la habitual entre hombres. Estos datos sugieren que el hombre retrosexual es el que, entre los cuatro, prevalece.

La revisión de estas expresiones de la nueva era pone de relieve que se trata de mitos masculinos de viejo cuño. Se evitan así términos como virilidad, varonil, viril. ¡Ya solo son masculinos algunos perfumes!

### **Paternidad**

La vivencia de la paternidad es una secuela de asumir el rol de padre de familia. Subyace una vinculación con el hijo según comprobó Mackey (2001) en un estudio con 55.000 relaciones diádicas, entre adulto y niño, abordadas en 23 culturas. Es una vinculación diferente a la de hombre-mujer, mujer-niño.

Al analizar la manera como hablan los padres sobre la paternidad, el primer factor que afloró en el estudio de Brownson y Gilbert (2002) fue "padres como líderes familiares fuertes y responsables". Los otros tres factores equiparaban a los padres con las madres en la crianza de los hijos, señalaban su incompetencia como cuidadores de niños, dejaban constancia del conflicto entre trabajo y familia.

La noción patriarcal de paternidad entraña asegurarse un sucesor varón que lidere y proteja a las mujeres en el seno de la familia, obligación ésta que atañe también a los hermanos varones. Estos dos aspectos constituyen, a su vez, el meollo del paternalismo en las vivencias masculinas (Alemany García, 2005). Desde el momento y hora en que madre e hijas insisten en rehusar comportamientos paternos no solicitados ello ha conllevado una corrección de roles y cometidos en la familia. Pueden intervenir los hermanos en defensa de sus hermanas, por ejemplo, cuando así lo pidan ellas, pero no antes. Ello conlleva un cambio de perspectiva en la cultura patriarcal, protectora con las hembras de la propia estirpe, si son sumisas. Walby (1990) acota también una categoría nueva, el patriarcado público, protector en apariencia, que genera desigualdad y discriminación en las organizaciones y en los puestos de trabajo como se desprende de una lectura de los datos españoles en Cantera, Medrano, García-Perrote y Barros (2007).

Respecto a la atribución de paternidad de los vástagos, la declaración de la madre se ha considerado fidedigna. No ha sido siempre así. En la tradición romana, en Hispania, la comadrona acompañaba a la madre al dar a luz. El hombre permanecía fuera de la casa. La comadrona salía y entregaba el bebé al padre, que daba una vuelta en torno a la casa contemplándolo. En un momento dado



tomaba una decisión: podía entrar en su casa con el niño y lo reconocía como propio o bien lo dejaba a la puerta de la casa y pasaba a ser un niño expósito. Investigaciones recientes han permitido comprobar que esta práctica no era tan descabellada. Estudios experimentales han demostrado que dos de cada tres padres pueden reconocer correctamente a sus hijos si los contemplan durante 10 o más minutos. Las madres los identifican también por el olor corporal (Bader y Phillips, 2002).

La paternidad parece estar en un punto crítico. Es posible eliminar la incertidumbre y desvelar realidades duras y desestabilizadoras. Si la contratación de detectives fue la pauta a lo largo del siglo XX, los estudios del ADN han dado pie a varios protocolos. Son "pruebas de paternidad", fiables en el 99,99% de los casos. Con los primeros estudios de validación, en la década de 1970, empezaron a aflorar datos concluyentes: algo más del 5% de los hijos tenían padres putativos y, a principios del siglo XXI, ese porcentaje parece rondar el 25 al 30% según estudios realizados en USA por la Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB, 2005). Estos datos tienen el sesgo de haberse obtenido a petición de parte, cuando quiere comprobarse en qué medida la madre ha incurrido en "fraude de paternidad". Los precios de comercialización de los llamados "kit de paternidad" han disminuido año a año en un patrón inverso a las compras y aplicaciones. Han aumentado, pues, los padres y abuelos que efectúan comprobaciones por su cuenta y sacan conclusiones que atañen al pago de mensualidades, a la distribución de patrimonios y herencias. En la medida en que el hombre adulto es económicamente solvente se ha incrementado también el número de madres y herederos potenciales que recurren a estas pruebas, si así cuadra con sus intereses. El reconocimiento de paternidad está siendo, pues, un terreno resbaladizo, un arma arrojadiza para el hombre adulto, incluso años después de andanzas y aventuras amorosas de épocas juveniles. Como el karma en las tradiciones hindú y budista, las acciones pasadas pasan factura en esta vida o en la futura, incluso en los descendientes directos e indirectos. Pero en casos en que se ha demostrado que el hijo no es biológico, las sentencias han dictaminado que subsisten las obligaciones pecuniarias con el hijo criado según unos estándares de calidad de vida al que está habituado. Paga el padre putativo.

La tecnología tiene otro haber al abrir la posibilidad de concebir "sin padre": usa la mujer bancos de esperma con cepas genéticas bien cualificadas que esperan su

oportunidad, procedentes de varones anónimos. Así se desvincula la reproducción de la masculinidad. El seminal, de incógnito; la madre de alquiler tiene nombre y apellidos.

A lo largo de los siglos, la preferencia por los hijos varones ha predominado en muchas culturas. La presencia o ausencia del cromosoma Y determina el sexo de la prole y lo transmite el padre al hijo de modo casi idéntico, salvo mutaciones, generación tras generación. La identidad masculina es, pues, de piñón fijo, con un hilo de continuidad genotípica: en tratándose de Y, padre e hijo son iguales (The Y Chromosome Consortium, 2002). Ello implica que, en las pruebas de paternidad, la ausencia del padre es irrelevante; basta con lograr la colaboración de un pariente directo con quien comparta el mismo cromosoma Y. La identidad patriarcal tiene ahí su fundamento y en la reiteración de uno o varios nombres masculinos familiares y peculiares del linaje paterno.

La separación o el divorcio deja incólumes los sentimientos de paternidad en los varones: si existían se mantienen. Ahora bien, han sido cuestionados de modo sistemático durante la segunda mitad del siglo XX al atribuir al padre un papel secundario en la crianza y educación de los hijos, al circunscribir, a horas contadas, las visitas programadas. En las sentencias de separación de los tribunales, los derechos de la madre prevalecen respecto a los del padre. Han sido los hombres divorciados y separados quienes han tenido que hacer valer sus derechos y, paulatinamente, con cambios en la legislación laboral han podido acogerse a beneficios como reducción de jornada, días para asuntos propios, horarios flexibles.

En el estudio de Walker, Tokar y Fischer (2000) este tipo de problemas aparece como segundo factor: explica un 24% de la covarianza.

### *Iniciativa sexual*

La iniciativa sexual es la tercera de las características constituyentes de la identidad masculina. La situación ha cambiado drásticamente a lo largo de las últimas décadas del siglo XX, de suerte que las mujeres pueden expresar en directo sus preferencias, acortar distancias y hacer explícitos sus propósitos. El mejor botón de muestra lo constituye el libro de Millet (2001) en el que ella misma relata, con minucia, sus numerosas relaciones sexuales en el lugar de trabajo. Siendo mujer llevó la delantera y los hombres acomodaron sus pasos hasta el punto que un compañero se sintió agraviado porque ella había mantenido relaciones sexuales con todos menos con él.



En las organizaciones el flirteo es una de las pautas que se observan en una amplia gama de circunstancias. Suele ser superficial, pero la iniciativa no es neutra. Los primeros estudios (Gutek, 1985) ya pusieron de relieve que el 67% de los varones (N=393) reconocían como un halago el que las mujeres se insinuaran, mientras que el 63% de las mujeres (N=814) lo consideraban ofensivo si era el hombre quien daba a entender sus deseos. Estudios posteriores confirman que el patrón no es imparcial (LeMoncheck y Sterba, 2001).

Los sucesivos barómetros del Centro de Investigaciones Sociológicas indican que los escarceos sexuales en las empresas han aumentado del 15 al 30% en las dos últimas décadas. Los ingredientes suelen ser el atractivo físico, la estabilidad económica y una diferencia de edad razonable. En las empresas donde se analizan los correos electrónicos entre empleados se han detectado mensajes de flirteo que rondan el 20% (Salas, 2003). Existen patrones muy diferenciados entre hombres y mujeres a la hora de sentirse objeto de acoso sexual según puso de relieve la revisión, de índole meta-analítica, de Rotundo, Nguyen y Sackett (2001).

Por razones de seguridad en las empresas se ha producido un incremento notable de videocámaras que graban en zonas de tránsito. Estas cámaras han acabado integrándose en el paisaje laboral, de suerte que los empleados dejan de ser conscientes de ellas, dispersas aquí y allá. En algún lugar del edificio hay, al menos, una persona atenta a las grabaciones, que las revisa con cierta periodicidad. Uno de los hallazgos más reiterados son las muestras de cariño entre empleados en lugares de paso, donde no sólo intercambian besos, sino caricias y, en ocasiones, llevan a cabo prácticas sexuales completas. Al estudiar esos videos se constata que la iniciativa corresponde a las mujeres. Los hombres no denuncian. Algunas de esas grabaciones acaban depositadas en entornos online muy populares y de libre acceso, donde basta con teclear palabras claves como "secretary", "boss", "maid" etc... para poder comprobar quién encandila a quién, como se puede observar, en tales grabaciones. Se confirma así la pertinencia de una de las constataciones hechas por Browne (2002): los estudios de acoso están sesgados. En contadas ocasiones los hombres denuncian; optan por callarse, restan importancia a lo acaecido. Tampoco se quejan de la publicación de fotos de hombres cada vez más, desnudos, en las revistas: han pasado del 3% en la década de 1950 al 35% en la de 1990 (Pope, Olivardia, Borowieki y Cohane, 2001).

Los viajes de trabajo son la segunda variante que da lugar a que las distancias, emocionales y sentimentales, puedan acortarse entre personas de igual o distinta categoría laboral y dar lugar a emparejamientos circunstanciales o prolongados. La iniciativa puede corresponder al hombre o a la mujer, pero no es equiparable. De los programas basura en la televisión fluye, a los lugares de trabajo o al campus, el alarde al dar nombre y apellidos, exhibir fotos y recuerdos, verídicos o con truco. En la cultura masculina tradicional "ser caballero es ser discreto". Los lenguaraces no son caballeros.

En las organizaciones la iniciativa sexual por parte del varón ha sido penalizada de modo creciente como contrapunto a años de impunidad y de silencio. Con la legislación a su favor, en el siglo XXI, una empleada puede acusar a un varón de haberse propasado y encontrar el respaldo institucional o asociativo apropiado, mientras que si es un empleado el que afirma que una compañera, jefa o subordinada le ha acosado ha de ganarse a pulso la credibilidad de sus asertos para conseguir amparo. El hombre, como acusado, está bajo sospecha desde el principio mientras que, como acusador, no es creíble a la primera.

Otro aspecto relacionado son los comportamientos seductores en el lugar de trabajo. Gerrity (2000) estudió las pautas de atención sexual no deseada a empleados varones en las universidades y constató que las mujeres optaban más por la seducción que por el acoso. Los grados de libertad en la vestimenta y en la expresión corporal masculina son más conservadores y restrictivos respecto a las aceptadas en mujeres, dentro y fuera de los horarios de trabajo. Ello ha entrañado que, a menudo, modos, pautas y vestimentas peculiares de las horas de asueto o de la vida nocturna se encuentren también en las organizaciones. Además las mujeres pueden entrar en el espacio personal de sus compañeros, incluso tocarles, sin tener que pedir permiso de modo expreso; no así los hombres que corren riesgos por acortar distancias e invadir el espacio personal de las mujeres en el lugar de trabajo. Ello ha conllevado la pertinencia de introducir protocolos de convivencia donde se subrayen los matices entre ver, oír y tocar (West Allen, 2004). En el estudio de Gutek (1985) el 84% de las mujeres se sentían acosadas si era el hombre quien tomaba la iniciativa táctil, y el 80% hostigada por sus gestos o manera de mirar.

Ha sido al varón a quien se ha pedido cuentas y a quien se ha penalizado por sus relaciones erótico-festi-



vas con compañeras de trabajo en casos recientes como el de Paul D. Welfowitz (Banco Mundial), Todd Thompson (CityGroup), un consejero delegado de Boeing y Bill Clinton en la Casa Blanca. La vara de medir de las multinacionales sigue siendo estricta con los directivos. El eufemismo que se utiliza es “violar códigos internos de conducta” y está en vigor en multinacionales y en universidades norteamericanas (US Department of Education, 2004).

En Psicología el primer expedientado conocido fue John B. Watson (1878-1958), padre del conductismo, por haber mantenido relaciones sexuales con una doctoranda. La denuncia la puso su esposa y tuvo que dimitir de la Johns Hopkins University. En las universidades españolas no hay tales códigos y los profesores pueden expresarse como lo hizo Fred B. Skinner (1904-1990): “En las Universidades de Minnesota e Indiana violé el tabú del profesorado y el alumnado. Pienso que es porque empecé a enseñar en una época en que nadie planteaba esta cuestión, que era endémica como la homosexualidad en los colegios universitarios ingleses... No había estándares éticos al respecto... Siempre he tratado a mis estudiantes como iguales... he usado siempre el nombre de pila... el trato fue de iguales. Así es mucho más sencillo comportarse como uno se comporta con otra gente que no es estudiante” (Wiener, 1996, p. 96-98). Aludía a sus correrías sexuales durante el período 1941-1948.

### **Expresividad emocional**

La inexpresividad emocional de los varones es una virtud según la tradición epicúrea y estoica: la denominaban ataraxia. En Psicología, Levant (1998) optó por la expresión alexitimia a la hora de referirse a personas con distanciamiento emocional, impávidas, adustas. Es secuela de un umbral muy elevado de activación emocional, de no ser conciente de la emoción que aletea, de ineficiencia a la hora de identificar los sentimientos, de muy poco aprecio por las propias emociones, de muy escasas circunstancias en las que poder expresar libremente los sentimientos (Wong y Rochlen, 2005).

Entre varones la expresión de beligerancia y agresividad es un patrón emocional asumido como pertinente en numerosas circunstancias (Thomas, 2003) y se concreta en rituales como la lucha libre, el boxeo, el sumo, las artes marciales, masculinas incluso cuando las realizan mujeres. Los chicos son chicos y las peleas son una manera de ponerse a prueba, de estar en forma por si acaso. “La agresión y la competitividad tienen el respaldo y

la aprobación social como estilos de afrontamiento masculino... La socialización masculina incita a los hombres a implicarse en más actividades agresivas con las que validar su masculinidad... En los hombres el cinismo y la hostilidad son modos de echar fuera la agresividad” (Greenglass, 2005, p. 135).

Si se pasa revista a los mil y un cursos y talleres de Inteligencia Emocional todos ellos tienen un punto de mira: introducir cambios en el tono emocional a lo largo y ancho de las interacciones personales y grupales, prestar atención a los sentimientos generados a corto y medio plazo. Se consigue así un clima de convivencia laboral des-masculinizado, en el que avenirse, simpatizar, hacer buenas migas es impostergable. La manipulación empática subyace en la definición de Inteligencia Emocional dada por los pioneros del tema, Salovey y Mayer (1990): “habilidad de monitorizar las emociones y sentimientos propios y ajenos, de discernir y utilizar esta información para guiar los propios pensamientos y acciones”(p. 189).

Desde esta óptica la inexpresividad masculina carece de sentido, la adustez es indeseable. Se propician la calidez en la comunicación, la sonrisa a la vista. Las muestras de indignación no son pertinentes, las quejas por escrito y sin levantar la voz, en formulario para que la respuesta llegue cuando no viene a cuento. Se consigue así un ambiente amable en el que las personas congenian. Pasa a ser secundario que las tareas se lleven a cabo a su debido tiempo, que los trabajos se concluyan, que brille por su ausencia el amor a las cosas bien hechas. Se subraya la importancia de las personas y la red de sensibilidades; se relega a la trastienda la consecución de los objetivos en el desempeño, en la producción. Es un énfasis indeseable según la rejilla clásica de Blake y Mutton (1964). Con una terminología más reciente Baron-Cohen (2003) diferencia entre un cerebro empatizador, el femenino, y un cerebro sistematizador, el masculino. Los talleres de Inteligencia Emocional han coronado a la empatía como soberana en el lugar de trabajo.

### **Monocronicidad**

El antropólogo Edward T. Hall (1989) sacó a la luz el contraste entre funcionamiento monócrono y polícrono en los lugares de trabajo. Son dos modos de operativizar el tiempo, uno más obsesivo, disyuntivo (“esto o aquello”), el otro más copulativo, histérico (“esto y aquello”). Los enfoques monócronos propician una ordena-



ción secuencial de las actividades, mientras que los polícronos fomentan la simultaneidad.

En su primer análisis señaló que, en entidades productivas del centro y norte de Europa, lo peculiar es la monocronía organizativa mientras que en el Mediterráneo lo que abunda es la policronía. En un segundo análisis señaló que "en el nivel preconsciente, el tiempo Monocrónico es tiempo masculino y el tiempo Policrónico es tiempo femenino, y las ramificaciones de esta diferencia son considerables" (p. 54). Han sido Lindquist y Kaufman-Scarborough (2007) quienes, desde la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, más han ahondado en este contraste.

Son unas cuantas las mujeres que han entrado en la organización monócrona y muchas de ellas son conscientes de que su tiempo personal lo manejan, de hecho, de modo polícrono. Las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación propician modales polícronos; la tendencia parece ser irreversible. El patrón masculino, monócrono, está en proceso de reconversión.

### Liderazgo

Desde la noche de los tiempos el liderazgo ha sido un invento masculino. Se conoce con muy distintos nombres; el meollo es el mismo: a alguien corresponde decir exactamente qué hay que hacer, cuándo, cómo, quienes han de actuar y quién tiene la última palabra. Lewin, Lippit y White (1939) bautizaron como autocrático ese estilo de liderazgo mientras que House (1971) prefirió llamarlo directivo. En tales zapatos se ha metido el padre de familia si la incertidumbre llamaba a la puerta y tocaba ser cabeza visible, gustara o no. Una variante del liderazgo autocrático ha sido el liderazgo consultivo: cuando las cosas no están claras o hay varias opciones en juego se puede preguntar y oír, entra el juego el diálogo, el asesoramiento. En los entornos productivos, a lo largo de los tiempos, han prevalecido las relaciones jerárquicas y directivas. El varón pudo inhibirse, y no lo hizo, y hubo mujeres que no se inhibieron y llevaron el bastón de mando y en los libros de historia se las califica de masculinas. Dirigieron y mandaron porque tocaba. Asumieron el rol.

Las ciencias sociales, al investigar sobre los pros y contra de los liderazgos autocráticos, directivos, suelen destacar numerosos aspectos negativos de modo reiterado. Son estudios con pequeños grupos, a menudo testimoniales. Sin embargo el estilo de liderazgo masculino sigue prevaleciendo en la gran mayoría de los ámbitos

donde se toman decisiones de calado y en política, por ejemplo, son y han sido claramente visibles, tanto los de tipo autoritario como los de tipo consultivo.

Otra manera de hablar de lo mismo con distinto nombre es el llamado "liderazgo carismático": dirigentes que tienen encanto y gracia para ganarse admiradores y seguidores. Conger y Kanungo (1998) han estudiado su trasfondo en profundidad. De parecidas raíces se nutre el "liderazgo transformador" (Pawar, 2004): se trata de transmitir una visión a los seguidores haciéndoles conscientes de la importancia de su trabajo y de su crecimiento personal. Durante siglos los líderes carismáticos y transformadores han sido dirigentes religiosos, hombres y, en ocasiones, mujeres, masculinas en su empecinamiento.

En el panteón de los dioses los hay masculinos y femeninos, tanto en Oriente como en Occidente. Ahora bien, quien preside, el Ser Supremo, es masculino y patriarcal. En aquellas religiones donde Dios no se representa pocos dudan de su género al invocarlo. La cantante Madonna, con bikini y crucificada, causó gran escándalo en su día entre las devotas, fieles y asiduas, en los primeros bancos, ante un hombre, solo, con pañales, en la cruz.

### Sistematización

Un sistema viene a ser "un conjunto de elementos interdependientes" según reza el Vocabulario Científico Técnico (Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, 1996). La importancia de esta noción se hace evidente al constatar que dedica nueve páginas a reseñar casi 300 entradas que se derivan de la palabra sistema. El psicólogo Baron-Cohen (2003) recurrió al término sistematizador para describir el funcionamiento del cerebro masculino. Es una solución elegante ya que en textos más clásicos optaban por expresiones como racionalidad, abstracción, pensamiento técnico, mente lógic, objetividad, organización.

La clave está en el pensamiento técnico, en la percepción de objetos, estables, en movimiento. Se ha constatado que, desde el primer día de vida, los recién nacidos -varones- prestan atención a un objeto mecánico que se mueve sobre su cabeza mientras que las recién nacidas centran su atención en la cara de la cuidadora (Conellan et alii, 2001). Esa pauta prosigue en el manejo de juguetes, de herramientas, en la reparación y mantenimiento de equipos. En la educación reglada y no reglada los varones se encuentran a gusto al sistematizar. De



ahí unos sesgos claros en la elección de carreras. Durante el curso 2005-2006, en la Universidad Politécnica de Madrid, 7 de cada 10 alumnos matriculados por vez primera a una carrera técnica eran varones, y la palma estuvo en la escuela de informática donde 8 de cada 10 eran varones.

En la asignatura Psicología Diferencial se exponen hallazgos que señalan cómo los varones destacan en determinadas tareas de índole espacial, perceptiva, rotatoria, orientación, modelado en 3D, manejo y captura de objetos en movimiento, sistemas de categorización y clasificación. El equipo de investigación de Baron-Cohen desarrolló una herramienta que permite establecer un cociente de sistematización. Los varones puntuaron siempre por encima en ese cociente (Baron-Cohen et alii, 2003).

Esta gama de hallazgos tiene secuelas en los lugares de trabajo, porque apunta un hecho: las pautas de desempeño masculino en cometidos como los reseñados es más alta y competitiva, con una probabilidad muy alta de contratación y empleo en determinados puestos de trabajo que requieren tales habilidades y destrezas. En ellas los varones destacan, es su potencial operativo como capital humano y tienen una probabilidad más alta de ser seleccionados para esos puestos. La cuestión no estriba en el género, sino en la destreza que se precisa. En los puestos más altos de una organización suelen ser bienvenidas las personas habituadas a sistematizar y resolver, es su valor añadido. De ahí que la proporción de personas sistematizadoras sea más elevada en puestos directivos y ello da pie a diferencias en la remuneración.

Los hombres pueden obsesionarse durante años sobre un asunto, un problema, un reto que no tenga nada que ver con su vida personal, que no les aporte ningún beneficio directo a corto plazo. Son los gajes del oficio de sistematizar. Pueden operar y hablar de sí mismos de modo impersonal, es decir, sin hablar en primera persona de cuanto les concierne. Al sistematizar buscan soluciones a largo plazo, que se apreciarán en su momento. Su prototipo es George Boole (1815-1864), cuyo libro "Las Leyes del Pensamiento" se publicó en 1854. Durante la primera mitad del siglo XX fue el vademécum de la ingeniería eléctrica, y, en Internet, la herramienta básica para los buscadores textuales, botón de muestra, Google.

La orientación "masculina" hacia lo racional-colectivo, por encima de los lazos orgánicos de la "camada", subyace al concepto de productividad. La prioridad del be-

neficio común sobre el bien privado (individual o grupal) implica criterios de exigencia y orientación a resultados, independientemente de la empatía y la comprensión de las limitaciones individuales de cada cual.

### Trabajo remunerado

Callahan-Levy y Messe (1979) fueron, posiblemente, los primeros en Psicología que señalaron la existencia de una brecha salarial de un 20 a un 30% entre hombres y mujeres que ocupaban puestos de trabajo similares. Si estas diferencias salariales son achacables a la antigüedad en el puesto, a la capacitación, a la experiencia entonces forman parte de las reglas de juego en el intercambio equitativo desde la óptica de recursos humanos. Si las diferencias tienen que ver con el hecho de ocupar nichos laborales distintos (por ejemplo, psicólogos versus ingenieros) la brecha se mantendrá, acortará o alargará según el valor añadido en cada nicho. Ambos aspectos han sido contrastados y comprobados, por ejemplo, por Blau y Kahn (2000).

Estudios psicológicos en laboratorio han permitido constatar cómo a) las mujeres se asignaban, a sí mismas, menos paga que los varones en tareas concretas, b) con la misma paga las mujeres trabajaban más tiempo y hacían más (Major, 1987). Pusieron el énfasis Desmarais y Curtis (1997) en pautas de socialización diferenciada entre hombres y mujeres a la hora de valorarse y valorar lo que hacían.

Desde la óptica de la Psicología Económica Kanazawa (2005) se planteó tres hipótesis y las contrastó afirmativamente a partir de los datos de la Encuesta General Social (afín, en España, a los indicadores del Centro de Investigación sobre la Realidad Social) : a) los hombres desean acumular recursos materiales y dinero mucho más que las mujeres, b) las diferencias sexuales en el deseo de ganar dinero son mayores entre los padres y gente casada que entre quienes no están casados y no tienen hijos, c) las diferencias sexuales en el deseo de ganar dinero es mayor entre la gente mayor y menor entre la gente joven. Sus conclusiones son nítidas: "el éxito reproductivo (más que las ganancias) es la última meta (aunque inconsciente) de todos los organismos biológicos, incluidos los humanos, y los ingresos son el medio para el éxito en los hombres, no en las mujeres. Por debajo de los 40 años no hay brecha entre hombres y mujeres solteras y sin hijos... Las mujeres están menos motivadas a ganar dinero que los hombres, porque la acumulación de recursos no incrementa el éxito repro-



ductivo femenino en el entorno de evolución adaptativa, mientras que sí lo incrementa en los hombres. ... Las mujeres tienen cosas mejores que hacer que ganar dinero y las diferencias entre sexos desaparecen si no hay reproducción" (Kanazawa, 2005, p. 269 y 284).

### **Creatividad**

Más del 95% de los galardonados con el Premio Nobel han sido varones, algunos con sus esposas. Algo parecido cabe afirmar al revisar los estudios llevados a cabo durante dos décadas por Simonton (2004) sobre el mundo de la ciencia y la tecnología o sobre las figuras señeras en Psicología (Simonton, 2002).

Wilson (1992) abordó el asunto con detalle desde la óptica psicológica y llegó a las siguientes conclusiones: "las variaciones en la posición social de las mujeres no acarrea ningún cambio en la distribución del genio por sexo... Son muchos los genios masculinos que han tenido que afrontar una infancia difícil, circunstancias educativas y sociales penosas, tajante oposición de las autoridades religiosas a sus hallazgos y afirmaciones... Ninguna de las teorías del aprendizaje social da cuenta y razón de por qué en algunas áreas como la literatura y la política ha habido mujeres que han destacado, pero no así en otros ámbitos como la ciencia o la arquitectura" (p. 97-99).

Sus hallazgos desmontan la línea argumental prevalente entre las feministas de la segunda generación: las mujeres no han contado con el apoyo educativo, económico y social que las hubiera permitido prosperar. Buena parte de los genios masculinos tampoco. Dedicaron mucho tiempo a aquello que se traían entre manos, aunque requiera meses, años, a sabiendas de que el éxito o la fama pueden venir años después de muerto. Según ha analizado Csikszentmihalyi (1998), mediante entrevistas en profundidad, hay bastante más que superdotación y ese algo parecer aflorar, fluir, de modo reiterado, en los hombres. La creatividad requiere dedicación, continuidad. La creatividad, la inventiva ha traído de la mano al progreso siglo tras siglo.

La testosterona y la soltería también parecen estar implicadas. Kanazawa (2003) contrastó la biografía de 280 científicos preclaros con los datos de músicos de jazz, pintores, literatos, y delincuentes: "un único mecanismo psicológico es responsable de hacer hombres jóvenes altamente competitivos cuando son adultos jóvenes y hacerles desistir luego al casarse en su vida adulta posterior. ... Tanto el crimen como el genio son manifes-

taciones de los deseos competitivos de hombres jóvenes para poder acceder a los recursos reproductivos de las mujeres" (p. 270).

### **COMENTARIO FINAL**

Quizá la profesión de psicólogo requiera más características "femeninas" ("dependencia de campo", "orientación a las personas", "habilidades sociales") que masculinas. Pero es lo propio de esta profesión ocuparse de lo humano, lo que Aristóteles inició cuando puso la psique en su punto de mira. Y en esta especie hay - aproximadamente- dos mitades.

El "androcentrismo" como teorema y "el segundo sexo" como corolario configuran una manera de entender la realidad. Tiene sentido y es coherente para introducir mejoras en la calidad de vida de las mujeres. Como credo han funcionado como motivadores intrínsecos para conseguir los saltos cualitativos que se han dado en España, por ejemplo, después de la transición política. Detrás hay componentes ideológicos progresistas. Con todo el androcentrismo como teorema y ser el primer sexo como corolario no es un credo que forme parte de la identidad masculina.

El hombre aprendió a sobrevivir campo a través; en medio de la naturaleza es una pequeña figura, frágil. Así lo destacan los dibujos chinos de raigambre taoísta o zen y los paisajes animados de la escuela de Barbizón. El varón no es el centro de la vida animal; es uno más en el campo, en la montaña. Se esperaba en el poblado, en la cabaña a quien se fue a cazar, a pescar, a guerrear.

A lo largo de los siglos los hombres han hecho lo que han hecho porque así les ha complacido, porque ésa ha sido su preferencia cuando han podido elegir. Fue Sigmund Freud (1856-1939) quien destacó la importancia del Principio del Placer, que es mucho más que refuerzo positivo, mucho más que nivel de aspiración y expectativa, bastante más que auto-eficacia percibida. Quien disfruta con lo que hace está en el centro, sea hombre o mujer. Quienes se quejan suelen estar en la periferia.

Talleres de concienciación fueron puestos en marcha por psicólogas, sociólogas, trabajadores sociales, para que las mujeres "se reunieran en pequeños grupos, durante un tiempo determinado, para relatar su propia vida y descubrir cómo se habían convertido en mujeres" (Pilcher y Whelehan, 2004, p. 17). Están en auge las novelas testimoniales, escritas por mujeres, que relatan y ahondan en las vivencias femeninas.



En Estados Unidos y en otros países europeos se han puesto en marcha talleres de concienciación dirigido a varones así como programas de psicoterapia (Brooks, 1998; Pollack y Levant, 1998; Good y Brooks, 2005). El libro de Bly (1992) es un botón de muestra, traducido al español, de tales sesiones y de los asuntos que se abordaban. Intentos parecidos en España no han funcionado, salvo grupos de encuentro que se llevan a cabo con los delincuentes masculinos que maltratan a las esposas, a las novias, a las compañeras sentimentales. A través de la dinámica de grupos caen en la cuenta de los trastornos psicológicos que subyacen en su convivencia con las víctimas.

La psicología masculina no parece ser un ámbito de investigación e intervención tan acotable y prolífica como parece serlo la psicología femenina. Ellas suelen prestarse a ser sujetos experimentales, a participar en estudios, en seminarios. No parece ser ése el caso de los hombres, que prefieren actuar y son reacios a conversar y hacer introspección sobre sí mismos (Schoenberg, 1993; Levant y Pollack, 2003). "A pesar de lo mucho que se ha escrito sobre la masculinidad todavía necesitamos saber cómo perciben los hombres la masculinidad actualmente, si tienen y cómo experimentan crisis íntimas de masculinidad, cómo se propician las masculinidades, y cómo se relacionan con otros hombres y mujeres" (Beynon, 2002, p. 143).

En el punto de mira de la cultura masculina están las mujeres, ellas son el centro, las Dulcineas. El varón no se siente a sí mismo como centro vital; convive con las mujeres, con los hijos, con los amigos. Quienes ven al hombre como centro se han inventado una historia que ha dado mucho de sí: es rentable. Además, abundan las que siguen pendientes del señor. Tienen a gala ser su señora.

### AGRADECIMIENTOS

Los comentarios de Rosario Martínez Arias, Gloria Castaño Collado, Yolanda García Rodríguez y Amadeo Enríquez a una versión más larga. Las reclamaciones al primero de los firmantes. Se deja. Disfruta.

### REFERENCIAS

AABB (2005). Annual Report Summary for testing in 2004, available at [http://www.aabb.org/Documents/Accreditation/Parentage\\_Testing\\_Accreditation\\_Program/rtnnrpt04.pdf](http://www.aabb.org/Documents/Accreditation/Parentage_Testing_Accreditation_Program/rtnnrpt04.pdf).

Alemany García, M. (2005), *El concepto y la justificación del paternalismo*, Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.

Bader, A.P. y Phillips, R.D. (2002). Father's recognition of their newborns by visual-facial and olfactory cues. *Psychology of Men and Masculinity*. 3 (2), 79-84.

Baron-Cohen, S. (2003). *The essential difference: the truth about the male and female brain*. N.Y.: Basic Books.

Baron-Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Gurunathan, N. y Wheelwright, S. (2003). The systemising quotient (SQ): an investigation of adults with Asperger Syndrome or high-functioning autism and normal sex differences. *Philosophical transactions of the Royal Society, Series B, Special issue on Autism, Mind and Brain*, 358 (1430), 361-74.

Beynon, J. (2002). *Masculinities and culture*. Buckingham: Open University.

Blake, R.R. y Mutton, J.S. (1979). *El grid para la máxima eficacia en la supervisión*. México: Diana.

Blau, F.D. y Kahn, L.M. (2000). Gender differences in pay. *Journal of Economic Perspectives*. 14, 75-99.

Blazyna, C. y Watkins, C.E. (2000). Separation/individuation, parental attachment, and male gender role conflict: attitudes toward the feminine and the fragile masculine self. *Psychology of Men and Masculinity*. 1 (2), 126-132.

Bly, R. (1992). *Iron John: la primera respuesta no machista al feminismo*. Barcelona: Plaza y Janés.

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Brannon, R. (1985). A scale for measuring attitudes toward masculinity. En A. Sargent (Ed.), *Beyond sex roles* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 110-116). St. Paul, MN:West.

Brooks, G.R. (1998). *A new psychotherapy for traditional men*. San Francisco: Jossey-Bass.

Browne, K.R. (2002). *Biology at work: rethinking sexual equality*. New Brunswick: Rutgers University.

Brownson, C. y Gilbert, L.A. (2002). The development of the discourses about fathers inventory: measuring fathers's perceptions of their exposure to discourses. *Psychology of Men and Masculinity*. 3 (2), 85-96.

Cafri, G. y Thompson, J.K. (2004). Measuring male body image: a review of the current methodology. *Psychology of Men and Masculinity*. 5 (1), 18-29.

Callahan-Levy, C. M., y Messe, L. A. (1979). Sex differences in the allocation of pay. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 433-446.



- Cantera, F.J., Medrano, G., García-Perrote, I. y Barros, M. (2007). *Igualdad y empresa*. Madrid: Pearson.
- Chafetz, J.S. (1990). *Gender equity: an integrated theory of stability and change*. Newbury Park, CA: Sage.
- Conger, J. A. y Kanungo, R.N. (1998) *Charismatic Leadership in Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Connell, R.W. (2000). *The men and the boys*. Cambridge: Polity
- Connellan, J., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Ba'tki, A. y Ahluwalia, J. (2001). Sex differences in human neonatal social perception, *Infant Behavior and Development*, 23, 113-118.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad: el flujo y la psicología del descubrimiento y la invención*. Barcelona: Paidós.
- Desmarais, S., y Curtis, J. (1997). "Gender and perceived pay entitlement: Testing for effects of experience with income." *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 141-151.
- Edley, N. y Wetherall, M. (1995). *Men in perspective*. London: Prentice Hall.
- Fernández, J., Quiroga, M.A., Del Olmo, I. y Rodríguez, A. (2007). Escalas de masculinidad y feminidad: estado actual de la cuestión. *Psicothema*, 19 (3), 357-365.
- Frith, H. y Gleeson, K. (2004). Clothing and embodiment: men managing body image. *Psychology of Men and Masculinity*. 5 (1), 40-48.
- Gerrity, D.A. (2000). Male university employee's experiences of sexual harassment-related behaviors. *Psychology of Men and Masculinity*. 1 (2), 140-151.
- Gil Calvo, E. (1997). *El nuevo sexo débil: los dilemas del varón postmoderno*. Madrid: Temas de Hoy.
- Gilligan, C. (1986). *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Goldberg, S. (1993). *Why men rule: a theory of male dominance*. Chicago: Open Court.
- Good, G.E. y Brooks, G.R. (2005). *The new handbook of psychotherapy and counselling with men: a comprehensive guide to settings, problems and treatment approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Good, G.E., Schopp, L.H., Thomson, D., Hathaway, S., Sanford-Martens, T., Mazurek, M.O. y Mintz, L. B. (2006). Masculine roles and rehabilitation outcomes among men recovering from serious injuries. *Psychology of Men and Masculinity*. 7 (3), 165-176.
- Greenglass, E.R. (2005). The expression and management of anger and hostility: psychological implications. En C.D. Spielberger y I. G. Sarason. *Stress and emotion* (pp.123-142). New York: Routledge.
- Gutek, B. (1985). *Sex and the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hall, E.T. (1989). *The dance of life: the other dimension of time*. N.Y.: Anchor.
- Hoffman, C.D. y Quinton, W.J. (1996). References on women and men in literature (1974-1994): an archival CD-ROM search. *American Psychologist*, 51, 1336-1338.
- House, R.J. (1971). A path-goal theory of leader effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 16, 321-339.
- Kanazawa, S. (2003). Why productivity fades with age: The crime-genius connection. *Journal of Research in Personality*, 37(4), 257-272.
- Kanazawa, S. (2005). "Is "Discrimination" Necessary to Explain the Sex Gap in Earnings?" *Journal of Economic Psychology*. 26: 269-287.
- Kimmel, M.S., Hearn, J.R. y Connell, R.W. (2004). *Handbook of studies on men and masculinities*. London: Sage.
- LeMoncheck, L. y Sterba, M. (2001). *Sexual harassment: issues and answers*. New York: Oxford.
- Levant, R.F. (1998). Desperately seeking language: understanding, assessing and treating normative male alexithymia. En W. Pollack y R. F. Levant (Eds.), *New psychotherapy for men* (pp.35-56). New York: Wiley.
- Levant, R.F. y Pollack, W.S. (2003). *New York: A new psychology of men*. Basic Books.
- Lewin, K. Lippitt, R. y White, R.K. (1939). Patterns of aggressive behaviour in experimentally created social climates. *Journal of Social Psychology*, 10, 171-199.
- Lindquist, J.D. y Kaufman-Scarborough, C. (2007). The Polychronic—Monochronic Tendency Model, *Time & Society*, Vol. 16, No. 2-3, 253-285.
- Mackey, W.C. (2001). Support for the existence of an independent Man-to-child affiliative bond: fatherhood as a biocultural invention. *Psychology of Men and Masculinity*. 2 (1), 51-66.
- Mahalik, J.R., Levi-Minzi, M. y Walker, G. (2007). Masculinity and health behaviours in Australian Men. *Psychology of men and masculinity*, 8 (4) 240-249.
- Major, B. (1987). Gender, justice and the psychology of entitlement. En P. Shaver, y C. Hendrick (Eds.), *Review of personality and social psychology: Sex and gender* (Vol. 7) pp. 124-148, Newbury Park, Sage.



- McCreary, D.R. y Sadava, S.W. (2001). Gender differences in relationships among perceived attractiveness, life satisfaction, and health in adults as a function of body mass index and perceived weight. *Psychology of Men and Masculinity*. 2 (2), 108-166.
- Millet, C. (2001). *La vía sexual de Catherine M.* Barcelona: Empuries.
- Moon, M. y Hoffman, C.D. (2000). References on Men and Women in Psychology (1887-1997): PsycInfo as an archival research tool. *Psychology of Men and Masculinity*. 1 (1), 16-20.
- O'Neil, J.M., Helms, B., Gable, R., David, L., y Wrightsman, L. (1986). Gender Role Conflict Scale: college men's fear of femininity. *Sex Roles*, 14, 335-350.
- Pawar, B.S. (2004). Transformational leadership research: issues and implications, *Journal of Organizational Change Management*, 17, (2), 120-231.
- Pilcher, J. y Whelehan, I. (2004). *50 key concepts in Gender Studies*. London: Sage.
- Pleck, J.H., Sonenstein, F.L. y Ku, L. C. (1993). Masculinity ideology and its correlates. En S. Oskamp y M. Constanzo (Eds), *Gender issues in social psychology* (pp. 85-110). Newbury Park, CA: Sage.
- Pollack, W.S. y Levant, R.F. (1998). *New psychotherapy for men*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Pope, H.G., Olivardia, R., Borowiecki, J.J. y Cohane, G.H. (2001). The growing commercial value of the male body: a longitudinal survey of advertising in women's magazines. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 189- 192.
- Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales (1996). *Vocabulario Científico y Técnico*. Madrid: Espasa.
- Rotundo, M., Nguyen, D., y Sackett, P.R. (2001). A meta-analytic review of gender differences in perception of sexual harassment. *Journal of Applied Psychology*. 86, 914-922.
- Rubinstein, G. (2003). Macho man: narcissism, homophobia, agency, communion and authoritarianism – a comparative study among Israeli bodybuilders and a control group. *Psychology of Men and Masculinity*. 4 (2), 100-110.
- Salas, C. (2003). *Dime con quién trabajas y te diré con quién te acuestas*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Schoenberg, B. M. (1993) *Growing up male : the psychology of masculinity*. Westport, CT: Bergin & Garvay.
- Simonton, D.K. (2002). *Great Psychologists and their times: scientific insights into Psychology's history*. Washington: American Psychological Association.
- Simonton, D.K. (2004). *Creativity in Science: chance, logic, genius and Zeigeist*, Cambridge: Cambridge University Press.
- The Y chromosome Consortium (2002), A Nomenclature System for the Tree of Human Y-Chromosomal Binary Haplogroups, *Genome Research*. 12: 339-348.
- Thomas, S.P. (2003). Men's Anger: a phenomenological exploration of its meaning in a middle-class sample of American men. *Psychology of Men and Masculinity*. 4 (2), 163-175.
- US Department of Education (2004). *Educator sexual misconduct: a synthesis of existing literature*. Office of the undersecretary. Document 2004-09, en <http://www.ed.gov/rschstat/research/pubs/misconductreview/report.pdf>.
- Von Martial, I. y Gordillo, M.V. (1992). *Coeducación. Ventajas, problemas e inconvenientes de los colegios mixtos*. Pamplona: Eunsa.
- Wade, J. C. y Brittan Powell, C. (2000). Male Reference Group Identity Dependence: Support for construct validity. *Sex Roles*, 43, 5/6, 323-340.
- Walby, S. (1990). *Theorizing Patriarchy*. Oxford: Blackwell.
- Walker, D.F., Tokar, D.M. y Fishedr, A.R. (2000). What are eight popular masculinity-related instruments measuring? Underlying dimensions and their relations so sociosexuality. *Psychology of Men and Masculinity*. 1 (2), 98-108.
- West Allen, S. (2004). *The sexual harassment prevention workshop: a trainer's guide*. Boston: AMACOM.
- Whitehead S.M. y Barrett, F. (2001). *The masculinities reader*. Malden, MA: Blackwell.
- Whitehead, S.M. (2007). *Men and masculinities: key themes and new directions*. Cambridge: Polity Press.
- Wilson, G.D. (1992). *The great sex divide: a study of male-female differences*. Scott-Washington, DC: Townsend.
- Wiener, D.N. (1996). *B.F. Skinner: benign anarchist*. Boston: Allyn and Bacon.
- Wong, Y.J. y Rochlen, A.B. (2005). Demystifying Men's Emotional Behavior: new directions and implications for counseling and research. *Psychology of Men and Masculinity*. 6 (1), 62-72.





## CÁTEDRA EULEN-UNIVERSIDAD COMPLUTENSE TÍTULOS PROPIOS CURSO 2008 - 2009



### EXPERTO EN GESTIÓN E INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (I PROMOCIÓN)

**DURACIÓN:** Octubre 2008 - Junio 2009. 310 horas - 31 créditos. Horas teóricas: 260. Horas prácticas: 50  
**MATRÍCULA:** 2.500 €. **FORMA DE PAGO:** 50% antes del inicio del curso, 50% a finales de enero.

### EXPERTO EN GESTIÓN DE SERVICIOS SOCIALES (X PROMOCIÓN)

**DURACIÓN:** Octubre 2008 - Junio 2009. 310 horas - 31 créditos. Horas teóricas: 260. Horas prácticas: 50  
**MATRÍCULA:** 1.950 €. **FORMA DE PAGO:** 50% antes del inicio del curso, 50% a finales de enero.

### MAGÍSTER EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (II PROMOCIÓN)

**DURACIÓN:** Octubre 2008 - Junio 2010. 600 horas - 60 créditos. Horas teóricas: 520. Horas prácticas: 80  
**MATRÍCULA:** 3.950 €. **FORMA DE PAGO:** se abonará el 50% en dos pagos a realizar en el curso 08-09 y el 50% restante en dos pagos a realizar en el curso 09-10.

Según el Libro Blanco de la Dependencia y el informe FEDEA, hasta el año 2015 se habrán creado cerca de 300.000 empleos, de los que el 20% serán ocupados por técnicos con titulación universitaria.

El 83% de nuestros antiguos alumnos del Experto en Gestión de Servicios Sociales están ocupando puestos de Dirección o Coordinación en el ámbito Sociosanitario, tanto como empleados de las Administraciones Públicas, como en el Sector Empresarial y las Entidades Sociales.

### INFORMACIÓN GENERAL

Estos cursos cuenta con la homologación de la Comunidad de Madrid, habilitante para desarrollar las funciones de Director de Centros de Servicios Sociales de iniciativa privada, según Decreto 226/2003 de 6 de noviembre.

**HORARIO DE CLASES:** Viernes 16:00-21:00 y Sábados 9:30-14:30

**LUGAR DE IMPARTICIÓN:** Dependencias de la Universidad Complutense en el centro de Madrid.

**ACTIVIDADES PRÁCTICAS:** Los contenidos teóricos de estos cursos se complementan con 50 horas prácticas, en las que se desarrollan proyectos de investigación, gestión e intervención en diversas entidades de carácter público y privado.

**PROFESORADO:** Los profesores de estos cursos, con formación interdisciplinar, son profesionales de reconocido prestigio, tanto del mundo universitario como del ámbito de las administraciones públicas y del sector privado: Empresas y entidades no lucrativas.

**Nº PLAZAS:** Máximo 40.

**REQUISITOS:** Diplomado/a, primer ciclo de Licenciatura o Licenciado/a

**DOCUMENTACIÓN NECESARIA:** Fotocopia DNI. Currículum actualizado. Certificaciones académicas.

**PREINSCRIPCIÓN:** 50 €

Desde el 19 de mayo hasta cubrir plazas.

**MÁS INFORMACIÓN:** FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Teléfono:** 91 394 29 35. **Horario de atención:** De lunes a viernes en horario de 10:30 a 14:30 h.

**E-mail:** [expertogestion@psi.ucm.es](mailto:expertogestion@psi.ucm.es) • **Web:** <http://www.ucm.es/info/eulen>

## PREMIO TEA EDICIONES 2007

## DERA

CUESTIONARIO DE  
DESAJUSTE EMOCIONAL  
Y RECURSOS ADAPTATIVOS  
EN INFERTILIDAD

C. Moreno, R. Antequera, y C. Jenaro

El impacto psicológico de la infertilidad y su tratamiento ha sido objeto de numerosas investigaciones dentro y fuera de España en la última década. El proceso de diagnóstico y tratamiento con **Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)** representa un proceso difícil y estresante que puede ocasionar la aparición de sintomatología de connotaciones ansiosas y depresivas.

El **DERA** pretende por un lado detectar el posible desajuste emocional de las personas con dificultades para procrear y que se enfrentan a un proceso de reproducción artificial, así como a la vez, evaluar los recursos que pueden permitirles adaptarse con mayor facilidad a la situación de infertilidad.

El cuestionario consta de **48 ítems** y ofrece puntuaciones en las cuatro escalas siguientes: **Desajuste emocional, Recursos adaptativos generales, Recursos personales y Recursos interpersonales**. Los resultados obtenidos con el DERA pueden ser de gran utilidad en la elaboración de un programa de apoyo o intervención psicológicos específicos para cada situación concreta.


**Evaluación de los recursos  
personales e interpersonales  
en personas infértiles.**

- **Aplicación:** Individual y colectiva.
- **Tiempo:** Entre 10 y 15 minutos.
- **Edad:** A partir de 18 años.



## PAPELES DEL PSICÓLOGO

REVISTA DE PSICOLOGÍA ONLINE

**TODOS**  
los contenidos  
publicados  
On line

MILES DE  
ARTÍCULOS  
DE PSICOLOGÍA  
*A tu alcance*



<http://www.papelesdelpsicologo.es>

## Envío de manuscritos a Papeles del Psicólogo

### Nota para los autores

A partir de ahora, los autores que envíen manuscritos a Papeles del Psicólogo para su publicación tienen que hacerlo electrónicamente a través de nuestra página web:

[www.papelesdelpsicologo.es](http://www.papelesdelpsicologo.es)

Esperamos que la nueva informatización de nuestra revista facilite el envío de originales y permita una mayor eficiencia en la gestión de los manuscritos, acortando el tiempo transcurrido entre el envío del trabajo y su publicación, y facilitando la comunicación entre los autores y los editores.



Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

## NORMAS PARA LA PUBLICIDAD EN LAS PUBLICACIONES DEL CONSEJO GENERAL DE COP

La Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, en su reunión del 27 y 28 de abril de 2007, ha tomado la decisión de acomodar, de forma más efectiva, el contenido de la publicidad que se inserta en sus publicaciones con los principios que respalda públicamente en torno a la defensa de la Psicología como ciencia y profesión.

Desde hace ya bastante tiempo, la Organización Colegial ha venido manteniendo, en diversos foros tanto oficiales como profesionales, que la formación post-graduada, referida explícitamente a algún ámbito de la Psicología, debería estar encaminada únicamente a psicólogos. Así mismo, el Consejo, en su calidad de miembro de la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos), está comprometido con el desarrollo del Certificado de Acreditación para Psicólogos Especialistas en Psicoterapia, y los principios que lo sustentan, siendo uno de los más relevantes, la consideración de que la formación especializada en Psicoterapia debe estar ligada a una formación básica en Psicología, y articulada en torno a unos criterios exigentes de calidad.

En consecuencia, y con el ánimo de dar un mensaje claro y coherente a nuestros colegiados y a la sociedad en general, se han establecido las siguientes normas:

**1** Cuando se inserte publicidad en alguna de las publicaciones del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (Infocop, Infocop Online, Papeles del Psicólogo, Psychology in Spain) que haga referencia expresa o implícita a formación postgrado en algún campo de la Psicología, el texto del anuncio deberá decir expresamente que dicha formación está dirigida únicamente a psicólogos.

**2** Cuando se inserte publicidad en alguna de sus publicaciones (Infocop, Infocop Online, Papeles del Psicólogo, Psychology in Spain) que haga referencia expresa o implícita a formación en el campo de la Psicoterapia, el texto del anuncio deberá decir expresamente que dicha formación está dirigida únicamente a psicólogos o médicos.

**3** En ningún caso, los anuncios insertados en cualquier publicación colegial podrán incluir referencia alguna a acreditaciones concedidas por sociedades nacionales o internacionales que no hayan suscrito los correspondientes acuerdos de reconocimiento mutuo con la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos) o el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Se excluyen de esta norma las acreditaciones concedidas por organismos oficiales españoles.



# Centro de Psicología Bertrand Russell

(Desde 1979)

## MASTER Y CURSOS DE EXPERTO

### CURSO 2008-2009 (SOLO DESTINADO A PSICÓLOGOS)

TEMA	PROFESORES	FECHAS
Máster en Terapia Cognitivo-Conductual (dos años; 800 h.) <b>(Grupos opcionales de mañana y tarde)</b>	Dr. Francisco Bas Dra. Verania Andrés y 16 profesores invitados más	1 Octubre 08 Junio 2010
Máster en Terapia Cognitivo-Conductual (un año; 400 h.) <b>(Grupos opcionales de mañana y tarde)</b>	Dr. Francisco Bas Dra. Verania Andrés Susana Bas Rafael Romero Rocío Regueiro Yolanda Sato Sara Escudero	1 Octubre 08 Junio 09
Máster en Trastornos de la Alimentación (un año; 400 h.) <b>(Régimen de tarde o mañana)</b>	Dr. Francisco Bas Dra. Verania Andrés Rocío Regueiro Yolanda Sato, Sara Escudero y otros colaboradores	2 Octubre 08 Junio 09
Curso de Terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos de Personalidad <b>(Régimen Fin de Semana y coterapia: 130 horas)</b>	Susana Bas Rafael Romero Dra. Verania Andrés Dr. Francisco Bas Rocío Regueiro Sara Escudero Yolanda Sato	4/5 Octubre 08 Junio 09
Curso Práctico de Depresión y Ansiedad <b>(Régimen Fin de Semana y coterapia: 130 horas)</b>	Dr. Francisco Bas Dra. Verania Andrés Susana Bas Rocío Regueiro Rafael Romero Sara Escudero Yolanda Sato	27 y 28 Sep. 08 Junio 09
Curso práctico de Entrenamiento en Reestructuración Cognitiva <b>(Régimen Fin de Semana y coterapia: 55 horas)</b>	Dr. Francisco Bas Susana Bas Dra. Verania Andrés Rocío Regueiro Sara Escudero Rafael Romero Yolanda Sato	30 y 31 Enero 2009 6 y 7 Febrero 2009 6 y 7 Marzo 2009 20 y 21 Marzo 2009

Plaza de España, 11 • 28008 MADRID • TELF: 91 548 24 95 / 610 74 29 05

TFNO. y FAX: 91 548 15 77

e-mail: bertrand1@vodafone.es

www.centrodepsicologiarussell.com

Sociedad Española de  
Medicina Psicosomática  
y Psicología Médica



**CURSO ACADÉMICO 2008-09**

## **MÁSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOTERAPIA**

(Dirigido exclusivamente a Psicólogos)

### **ESPECIALISTA EN PSICOTERAPIA**

Desarrollados en cursos independientes, en modalidad mixta: presencial / a distancia

- **EXPERTO EN PSICOTERAPIA DEL MALTRATO (de pareja, escolar y laboral)**
- **EXPERTO EN PSICOPATOLOGÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**
- **EXPERTO EN PSICOPATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA**
- **ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD**
- **EXPERTO EN PSICOTERAPIA BREVE**
- **EXPERTO EN PSICOTERAPIA BREVE: NIVEL SUPERIOR**
- **EXPERTO EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**
- **EXPERTO EN HIPNOSIS CLÍNICA**
- **EXPERTO EN TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO**
- **EXPERTO EN PSICODIAGNÓSTICO**
- **EXPERTO EN PSICOGERIATRÍA**
- **EXPERTO EN PSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA**

(Dirigidos a Psicólogos y Médicos)

**TEMARIOS,  
SEDES Y PROFESORES:  
[www.psicociencias.com](http://www.psicociencias.com)**



Colegio Oficial de  
Médicos de Madrid

Cursos reconocidos por:



#### **Información e Inscripciones:**

Avda. de los Angeles, 14 - Portal 2 - 2º C - 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

Tel. y Fax: 91 518 51 98 / 91 518 89 27

E-mail: [psicosomatica@psicociencias.com](mailto:psicosomatica@psicociencias.com) [www.psicociencias.com](http://www.psicociencias.com)

# Normas de Publicación

## Papeles del Psicólogo

**1** La revista Papeles del Psicólogo publica trabajos referidos al campo profesional de la psicología, principalmente en su vertiente aplicada y profesional.

**2** Los trabajos habrán de ser inéditos y los derechos de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista.

**3** La preparación de los originales ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (Manual de publicación de la APA, quinta edición, 2001). Algunos de los requisitos básicos son:

Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido y año, entre paréntesis y separados por una coma. Si el nombre del autor forma parte de la narración se pone entre paréntesis sólo el año. Si se trata de dos autores se citan ambos. Cuando el trabajo tiene más de dos y menos de seis autores, se citan todos la primera vez; en las siguientes citas se pone sólo el nombre del primero seguido de “et al” y el año. Cuando haya varias citas en el mismo paréntesis se adopta el orden cronológico. Para identificar trabajos del mismo autor, o autores, de la misma fecha, se añade al año las letras a, b, c, hasta donde sea necesario, repitiendo el año.

Las referencias bibliográficas irán alfabéticamente ordenadas al final siguiendo los siguientes criterios:

- a) Para libros: Autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), año (entre paréntesis) y punto; título completo en cursiva y punto. En el caso de que se haya manejado un libro traducido con posterioridad a la publicación original, se añade entre paréntesis “Orig”. y el año.
- b) Para capítulos de libros colectivos: Autor (es); año; título del trabajo

que se cita y, a continuación, introducido por “En” las iniciales del nombre y apellidos del director (es), editor compilador(es), el título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial.

c) Para revistas: Autor: título del artículo; nombre de la revista completo en cursiva; volumen en cursiva, número entre paréntesis y página inicial y final.

**4** Los trabajos tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (que incluirá las referencias bibliográficas, figuras y tablas), en páginas tamaño DIN-A4 con 40 líneas y tipo de letra Times New Roman cuerpo 12, con interlineado normal por una cara, con márgenes de 3 cms y numeración en la parte superior derecha.

La primera página debe contener: título en castellano e inglés. Nombre, apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. Nombre y dirección del autor al que dirigir la correspondencia. Teléfono, Fax, Correo electrónico de contacto. La segunda página ha de incluir un resumen de no más de 150 palabras en castellano e inglés.

Papeles del Psicólogo acusará recibo inmediato de todo artículo recibido. Los originales no serán devueltos ni se mantendrá correspondencia sobre los mismos. En un plazo máximo de 90 días se contestará acerca de la aceptación o no para su publicación.

Todos los documentos que publique Papeles del Psicólogo serán previamente evaluados de forma anónima por expertos, para garantizar la calidad científica y el rigor de los mismos, así como su interés práctico para los lectores. Podrán no ser evaluados aquellos trabajos empíricos y de corte experimental, más

apropiados para las revistas especializadas; manuscritos cuyo estilo de redacción fuese también muy especializado y que no se ajustase al amplio espectro de los lectores de Papeles del Psicólogo; originales que abordasen cuestiones que hubieran sido ya recientemente tratadas y que no ofrecieran contribuciones relevantes a lo publicado; o trabajos cuya redacción no estuviera a la altura de la calidad exigible.

Los trabajos serán enviados a través de la página web de la revista: [www.papelesdelpsicologo.es](http://www.papelesdelpsicologo.es) (siguiendo las instrucciones que se encuentran en el apartado “envío originales”). Su recepción se acusará de inmediato y, en el plazo más breve posible, se contestará acerca de su aceptación.

Los trabajos sometidos a revisión para Papeles del Psicólogo podrán abordar cualquiera de las siguientes cuestiones:

- ✓ Implicaciones prácticas de investigaciones empíricas (investigación + ejercicio profesional); implementación de cuestiones generalmente ignoradas por los investigadores.
- ✓ Investigación y desarrollo; desarrollo e innovaciones (I+D+I) (soluciones prácticas novedosas o de elección en áreas específicas); evaluaciones (análisis y crítica de tendencias emergentes, desde la perspectiva de su aplicación práctica).
- ✓ Revisiones, estados de la cuestión, actualizaciones y meta-análisis de temáticas de la Psicología aplicada.
- ✓ Contraste de opiniones, debates, políticas profesionales y cartas al editor (Forum).

Por otra parte, el Comité Editorial podrá encargar trabajos específicos a autores reconocidos o proponer números especiales monográficos.