

PSICOLOGIA Y ESTERILIDAD.

Nuevos modelos de familia, abordaje terapéutico a la pareja estéril.

1. NUEVOS MODELOS DE FAMILIA.

La realidad social actual, incluye una gran diversidad de familias. La familia nuclear ha devenido más un ideal que una realidad a la luz de las nuevas formas de familia que han surgido de manera significativa en las últimas décadas. La pareja conyugal como símbolo estable de los vínculos de la alianza manifiesta su fragilidad mientras se recomponen continuamente nuevos lazos de parentesco. Persiste, sin embargo, la idealización de una estructura particular de familia, aquella formada por una pareja heterosexual casada y sus hijos biológicos. Contrariamente, para muchos mujeres sin pareja para los gays y lesbianas, la familia de sangre no representa una unidad naturalmente dada que provee de la base para todas las formas de parentesco, sino un principio procreativo que organiza, únicamente, un tipo de parentesco. Frente a una cultura social que enfatiza las características estructurales de la familia, gays y lesbianas lo hacen en las emociones y los sentimientos, reinventando la familia como un fenómeno plural, y creando una variedad de tipos de familia que no se ajusta a la representación cultural dominante. Hay que tener en cuenta que cada vez con mayor frecuencia, las relaciones familiares nos se limitan a las personas que mantiene vínculos de consanguinidad o afinidad por el matrimonio, sino que se ha ampliado el tipo de relaciones entre adultos y menores sin ningún vínculo previo, por tratarse de familias reconstituidas, es decir que después de un divorcio uno de los progenitores se ha vuelto a casar y el nuevo miembro no es padre o madre biológica. En las adopciones también se da este fenómeno. El hijo o la hija adoptado de una pareja de distinto sexo tiene muchas cosas en común con los hijos y las hijas de estas familias reconstituidas o que han adoptado a un hijo. Hay que hacer mucho hincapié en este hecho y dejar en segundo plano el sexo de los padres. (Olga Montejo)

En el ámbito de la infertilidad también han crecido el tipo de demandas y se ha dado luz a tipos de familias diferentes.

Mujeres que en su deseo de ser madres y no tener pareja, acuden a nuestros centros para poder serlo a través de inseminación de donante. En general son mujeres de mas de 35 años. En otros casos son mujeres viudas que no desean encontrar una nueva pareja y que les quedó truncado el proyecto de pareja de ser padres, podríamos introducir en este grupo las mujeres separadas o divorciadas, con o sin hijos, aunque con frecuencia no tienen otros hijos. En todos los casos hablamos de familias monoparentales. Las técnicas que se aplicarán dependerá de sus características y por lo tanto puede llegar el caso de tener que realizar ovodonación.

Si nos adentramos en familias formadas por parejas encontramos cuatro tipos de familia: La Nuclear tradicional, la reconstituida , las parejas estables no casadas y las homoparentales lesbianas. En todos los casos se les podrá aplicar el tratamiento o técnica que incluya fertilización con los propios

gametos, con donación de esperma, de ovocitos, de ambos y/o donación de embrión.

La diversidad de familias es un hecho que con los tratamientos de infertilidad se amplía y encuentra nuevas vías de parentalidad.

2. FACTORES PSICOFISIOLOGICOS EN LA INFERTILIDAD

Las parejas que llegan a la consulta psicológica experta en infertilidad, en su mayoría empezaron el proceso médico con mucha ilusión. Creyendo que era un proceso fácil y que la medicina lo resuelve “todo” . Sabemos que eso es una fantasía, la medicina ayuda a que nuestro propio cuerpo resuelva y mejore nuestras funciones, pero en todos los procesos médicos la mejora depende de las características de la persona y de como responde a los tratamientos.

A medida que no llegan a su objetivo, la sensación de descontrol, angustia e impotencia va apoderandose de ellas, se sienten enfermas, culpables y que su órgano reproductor “no funciona” ,por no obtener los resultados en cada parte del proceso del tratamiento, o bien por no quedarse embarazadas.

Ante la desesperación se plantean la ayuda psicológica.

La psicología en su experiencia y tratamiento ha observado algunos de los factores que pueden incidir en la infertilidad:

- Estrés
- Emociones y sentimientos negativos
- Desestabilización bio- hormonal
- Infertilidad Psicógena . No se ha podido demostrar la causalidad psicobiográfica, pero es cierto que el sujeto como organismo individual, puede expresar en sus procesos de integración y ajuste bio-psico-social, un sabio rechazo a la reproducción (Avila Espada y Moreno Rosset). Papeles del psicólogo 2008. Ávila y Moreno.

Del 25% al 65% de pacientes sometidas a tratamiento de reproducción asistida presentan síntomas clínicos en los que predomina la ansiedad, depresión desesperanza, culpa y baja autoestima. (A. Moreno).

OTROS FACTORES PSICOLÓGICOS RELEVANTES (G.Mestre)

Dependencia emocional.

Miedo al dolor

Hiperprotección.

Abandono emocional

Inmadurez emocional (temor a la maternidad / mujer adulta

3. INTERVENCION PSICOLOGICA EN LA INFERTILIDAD

Los programas psicológicos de la infertilidad tienen como objetivo dar el apoyo emocional, para afrontar los tratamientos y las consecuencias de la infertilidad, estabilizar la relación entre el cuerpo y la mente reequilibrando los procesos psico-fisiológicos frente al tratamiento.

Niveles de Intervención:

- Prevención
- Intervención
- Capacitación y Potenciación
- Recuperación

Programas de apoyo utilizados :

- Información del tratamiento en general.
- Calendarios de refuerzos en etapas críticas
- Desensibilización
- Técnicas de prevención y control de respuesta.
- Reestructuración cognitiva de ideas y creencias irracionales.
- Reestructuración de pensamientos negativos.
- Entrenamiento en técnicas de autocontrol : Técnicas de respiración/
Técnicas de relajación. Detención del pensamiento. Hipnosis clínica.

Son varias las técnicas psicológicas que se pueden aplicar en los procesos de fertilización : T. Cognitivas conductuales, T. Conductuales. Hipnosis clínica, T. Psicodinámicas, Bioenergética etc...

La técnica aplicada va relacionada, con el nivel de intervención y con las características de los usuarios.

4. INTERVENCION TERAPEÚTICA

1. Entrevista.
2. Evaluación.
3. Información.
4. Técnicas de Relajación.
5. Reconocimiento de tensiones. Higiene postural.
6. Visualización. Inducción a estados emocionales positivos.
7. Reestructuración cognitiva de ideas y creencias irracionales.

8. Técnicas Cognitivo Conductuales.

9. Hipnosis clínica.

10. **Terapia de Interacción Recíproca.** (Roberto Aguado).

5. PROTOCOLO HISTORIA CLÍNICA DE EVALUACION

1. Datos Personales
2. Historia clínica médica. Estado Emocional.
3. Conocimiento y autoexploración cuerpo.
4. Afectación de la fertilidad de la pareja:
 - Espacios pareja y personales..
 - Sexualidad
 - Comunicación.
5. Mitos y tabúes.
6. Sociabilidad y mundo infantil.
7. Reflexión y concepto vivencial de las relaciones materno-filiales.
8. Información que se dará a hijos y /o familiares.
9. Otras formas de parentalidad.
10. Reacciones Emocionales /vínculos/ Personalidad.

INCIDENCIA DE LOS PROGRAMAS DE APOYO PSICOLOGICO

- Estabilidad psico- emocional de la pareja
- Estabilidad psicológica de la mujer durante los tratamientos. Derivación a psiquiatria, en caso de considerar patología grave
- Potenciar física y emocionalmente la capacitación hacia la fertilidad.
- Reducir el nivel de interferencia emocional que puede inhibir o alterar la facilitación del proceso reproductivo en las personas infértiles.
- Facilitar una mejor adherencia a los tratamientos médicos
- Incrementar las tasas de embarazo
- Incrementar la calidad sexual y de comunicación de la pareja.
- Disminuir las tasas de abandono.
- Gestionar emocionalmente los fracasos múltiples .
- Ayuda en la toma de decisión de terminar o continuar con los tratamientos.

El apoyo psicológico, ayuda a las parejas a comprender “ el proceso “ por el que están pasando, liberandose de sentimientos de culpa y malestar que incrementan el estado de estrés. No se trata de darles recetas que no funcionan, y sí las culpabilizan. El ambito sanitario puede tener un papel muy relevante al respecto.

Todas ellas han oido muchas veces: “ si te estresas, no te quedarás, relajate”, “ Hay gente que cuando adopta se queda embarazada”, “ si no te agobiaras tanto iria mejor”, Eso no ayuda, esos comentarios las tensan, y las cierran. Causan el efecto contrario al que ellas precisan, ya que su pensamiento es “ ¿dónde esta mi problema?...., I si estuviera mas tranquila lo conseguiria...., ¿ Pero , cómo?..., no es tan fácil.....

Finalmente llegan al pensamiento y sensación “ mi organo no funciona”, y viven *como si no lo tuvieran, el sexo en la relación disminuye o practicamente desaparece, se convierte en un mero acto para “intentar tener hijos”. Entre todos podemos ayudarles a que ello no suceda, trabajando en colaboración y siendo conscientes de la importancia del trato personal en el ambito de la infertilidad.*

Gemma Mestre.

Psicóloga Clínica. Sexóloga. Experta en infertilidad