



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES EN CIENCIAS MÉDICAS

Revisión Sistemática sobre los Factores Psicológicos
asociados a la infertilidad y la subfertilidad

**Trabajo de Final de Graduación sometido a consideración
de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en
Psicología Clínica para optar al grado y título de
Especialista en Psicología Clínica**

Fanny Calderón Contreras
Sustentante

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2015

Dedicatoria

En primer lugar a Dios, por ser mi guía, mi protector y llenarme de bendiciones.

A mi hijo Carlos Daniel, por ser inspiración en mi vida, alegrar cada día con su existencia y motivarme a seguir adelante a pesar de la adversidad.

A mi familia por estar siempre conmigo y apoyarme, les amo.

Especialmente a la Dra. Ana María Monteverde Castro, por ser una fuente de inspiración y un ejemplo de vida para mí.

A mi abuelito Olmán (q.d.D.g) y mi abuelita Mélida (q.d.D.g), por criarme, enseñarme principios y valores de vida; por ser ejemplos de perseverancia y esfuerzo cotidiano.

A mis compañeras y compañeros del pabellón #3 de hombres del HNP, quienes con su esfuerzo y dedicación constante, brindan atención de calidad y humanizada a los usuarios. Modelo de trabajo en equipo.

A las y los pacientes, por ser una enseñanza de vida, al permitirme conocer sus historias.

Agradecimientos

A Dios, por su infinito amor. Gracias por cumplir siempre tus promesas y tenerlo todo bajo control.

A mi hijo Carlos Daniel, por su paciencia y comprensión en este proceso.

A quién recién conociéndome, confió en mí y no dudó, ni un instante en mis capacidades humanas y profesionales; me refiero a la Dra. Ana María Monteverde Castro; gracias por su apoyo y cariño sincero, por ser consecuente, ver más allá e impulsarme a alcanzar nuevas metas.

A Carlos, por todo y todo. Muchas gracias K.

A la Dra. Ana María Muñoz Cantero, por su amistad y apoyo incondicional.


A la Pastora Eunice Vindas y al Pastor Luis Paulino Valverde, por su apoyo y oraciones.

A mis queridas compañeras y compañeros del pabellón #3 de hombres del HNP, por su cariño, apoyo, confianza y protección; gracias por todo lo que me han enseñado.

A todas aquellas personas, ajenas al Posgrado, que compartieron conmigo su experiencia. Al Dr. Carlos Sandoval Chacón, amigo y compañero de luchas, al Dr. Alfonso Villalobos, por su guía, criterio especializado y apoyo desinteresado. A la Dra. Marcela Barguil (HSJD), Dra. Yancy Solano, Dra. Maureen Rodríguez, Dra. Carolina Chinchilla, y Dra. Gabriela Solano (H de las Mujeres), Enfermera Rosario Vargas (HM), Dra. Elisa Cortés, Dr. Luis Emilio Corrales (HNGG), Dra. Milagro Picado, Dra. Rebeca Zamora (HSRA); gracias por demostrarme con su profesionalismo, que el conocimiento, se adquiere de muchas fuentes.

Finalmente, a mis compañeras y compañero de residencia: Daniela, Shirley, Deshana, Rigel y Alexander, por cada momento vivido, por las risas, preocupaciones y triunfos; agradezco a Dios el privilegio de conocerles.

"Este trabajo final de graduación fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica, de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica"



Dra. Karen Quesada Retana
**Coordinadora Nacional del Comité Director del
Posgrado en Psicología Clínica**



Dr. Alfonso Villalobos Pérez
Director de Trabajo de Graduación



Fanny Calderón Contreras
Sustentante

Tabla de Contenido

| | |
|---|-----------|
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimientos..... | iii |
| Resumen | vii |
| Abstract..... | vii |
| Lista de Tablas | viii |
| CAPITULO I | 1 |
| 1. <i>INTRODUCCIÓN</i> | 1 |
| CAPÍTULO II | 3 |
| 2. <i>PROBLEMA Y OBJETIVOS</i> | 3 |
| 2.1 PROBLEMA | 3 |
| 2.2 OBJETIVOS | 3 |
| 2.2.1 Objetivo General..... | 3 |
| 2.2.2 Objetivos Específicos | 4 |
| CAPÍTULO III | 5 |
| 3. <i>MARCO TEÓRICO</i> | 5 |
| 3.1 Dinámicas familiares..... | 5 |
| 3.2 Infertilidad o esterilidad..... | 6 |
| 3.3 Técnicas de Fecundación Asistida | 10 |
| 3.3.1 La Fecundación in Vitro | 14 |
| 3.3.1.1 Aspectos éticos cuestionados..... | 16 |
| 3.4 Aspectos psicológicos y emocionales involucrados en las técnicas de reproducción asistida | 18 |
| 3.5 Tratamiento psicológico de la infertilidad y la subfertilidad..... | 22 |
| CAPÍTULO IV | 30 |
| 4. <i>METODOLOGÍA</i> | 30 |
| 4.1 Tipo de estudio..... | 30 |
| 4.2 Criterios de Selección | 30 |
| 4.3 Criterios de Inclusión..... | 31 |
| 4.4 Criterios de Exclusión | 31 |
| 4.5 Procedimiento | 32 |
| CAPÍTULO V | 34 |
| 5. <i>ANÁLISIS DE RESULTADOS</i> | 34 |

| | | |
|----------------------|---|-----------|
| 5.1 | Resultados de los estudios internacionales..... | 34 |
| 5.2 | Estudios relacionados con aspectos psicológicos y emocionales, en personas infértiles. | 44 |
| 5.3 | Estudios relacionados con intervenciones psicológicas, en mujeres con problemas de infertilidad, y sometidas a Técnicas de Reproducción Asistida..... | 48 |
| 5.4 | Resultados de estudios nacionales..... | 51 |
| CAPÍTULO VI | | 54 |
| 6. | <i>DISCUSIÓN</i> | 54 |
| CAPÍTULO VII | | 58 |
| 7. | <i>CONCLUSIONES</i> | 58 |
| CAPITULO VIII | | 60 |
| 8. | <i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> | 60 |
| CAPITULO IX | | 65 |
| 9. | <i>ANEXOS</i> | 65 |
| Anexo 1 | | 65 |
| Anexo 2 | | 66 |
| Anexo 3 | | 67 |

Resumen

La capacidad de concepción implica en los seres vivos, la posibilidad de mantener la especie y aumentar en número de individuos. Los seres humanos, no es la excepción, más aun cuando la procreación, conlleva no solo la función estrictamente biológica, sino que en ella, se entrelazan aspectos sociales, culturales, emocionales y psicológicos de las personas. La dificultad de concebir, representa una condición generadora de alteraciones emocionales intensas, problemas de pareja y en las relaciones interpersonales, descenso de la autoestima y el autoconcepto, modificaciones en los planes y expectativas de vida, etc.), que requieren de intervención psicológica. El objetivo de la presente revisión sistemática, es conocer los aspectos psicológicos asociados a la condición de infertilidad o subfertilidad, además de las intervenciones psicológicas propuestas para estos casos.

Abstract

The ability to design involves living things, the possibility of maintaining the species and increase in number of individuals. Humans, is no exception, even more so when procreation, involves not only the strictly biological function, but in it, social, cultural, emotional and psychological aspects of people intertwine. The difficulty of conceiving, represents a generating condition of intense emotional distress, relationship problems and interpersonal relationships, lowered self-esteem and self-concept, changes in plans and life expectancy, etc.), which require psychological intervention. The aim of this systematic review is to know the psychological aspects associated with the condition of infertility or subfertility, in addition to psychological interventions proposed for these cases.

Lista de Tablas

Tabla 1: Propuestas recientes de Intervención Psicológica en caso de Infertilidad

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud en el 2010, define el concepto de infertilidad como: "una enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas" (Zegers-Hochschild). La infertilidad puede ser concebida como una enfermedad crónica, impredecible e incontrolable la cual puede superar los recursos de afrontamiento de la pareja. Se conceptualiza como tal, cuando uno o ambos miembros de la pareja son estériles o su fertilidad está gravemente reducida.

Según la OMS (2010), la infertilidad afecta a una de cada cuatro parejas en los países en desarrollo, en Costa Rica su incidencia se estima alrededor del 10% entre las parejas en edad fértil, además reveló resultados de un estudio en 190 países entre los años 1990 y 2010; este escrutinio, refleja variables que concluyen que, para el año 2010, un estimado de 48.5 millones de parejas en el mundo fueron infértiles.

Aunque la infertilidad no representa una limitación funcional, la imposibilidad de concebir de manera natural, genera alteraciones en distintas áreas de la vida de las personas (reacciones emocionales intensas, problemas de pareja y en las relaciones sociales, descenso de la autoestima y el autoconcepto, modificaciones en los planes y expectativas de vida, etc.), que requieren de intervención psicológica. (Barra, 2012)

La infertilidad trae consigo importantes problemas a nivel personal, de relación de pareja, dificultades en el desempeño social, especialmente cuando existen presiones sociales para que la pareja tenga hijos. Estas

presiones pueden dar paso a la aparición de alteraciones del estado de ánimo; las mujeres infértiles, sufren mayor desajuste emocional y afecto negativo en comparación con los hombres infértiles. En ellas se observa una mayor ansiedad-estado y rasgo, al compararlas con mujeres fértiles. (Del Castillo, 2009).

También en este estudio se analiza la condición de subfertilidad, que es la dificultad para concebir de forma natural durante alrededor de un año. Esto incluye la cuarta parte de las parejas que recurren a la planificación para tener un hijo. Según Brown, Clarke y Hart (2013), está ha aumentado de manera sostenida durante las últimas dos décadas y se debe casi por igual a causas asociadas al hombre o la mujer.

Ya sea por método natural o de reproducción asistida, el hecho de procrear, es un proceso estresante de sobrecarga crónica para las personas con infertilidad, que requiere una gran inversión de tiempo y energía emocional, física y mental en alcanzar un objetivo que en muchos casos, no se la meta no se cumple.

Durante el proceso se sufre un desgaste significativo por lo que se hace necesario el apoyo de un equipo interdisciplinario que brinde soporte a las partes involucradas, y que fomente estrategias de afrontamiento suficientes, para potencial los recursos personales e interpersonales de los miembros de la pareja. (Moreno-Rosset & Castillo, 2011).

El presente trabajo, recopila información relacionada con la infertilidad, subfertilidad y los tratamientos de reproducción asistida, además de las alteraciones emocionales y repercusiones psicológicas asociadas a ésta condición.

CAPÍTULO II

2. PROBLEMA Y OBJETIVOS

2.1 PROBLEMA

La imposibilidad para la concepción o la disminución en la fertilidad representa en la mayoría de los casos, una crisis vital. Es una condición de atención clínica, donde los estresores y la vivencia personal, someten a quienes le padecen, a un sinnúmero de alteraciones psicoemocionales que comprometen su estabilidad.

La infertilidad es una enfermedad que afecta alrededor de 10% de las parejas en edad fértil, a pesar de que no es una condición que ponga en riesgo la vida de las personas, tiene un impacto negativo para el desarrollo del individuo, disminuyendo en la mayoría de los casos, el desempeño satisfactorio a nivel biopsicosocial. Por tanto, es del interés de la actual investigación conocer: ¿cuáles son los aspectos psicológicos y emocionales, vinculados a la condición de infertilidad y a las terapias de reproducción asistida?

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo General

É Identificar los factores psicológicos relacionados con la condición de infertilidad y subfertilidad, así como a las respectivas técnicas de reproducción asistida, de acuerdo con las investigaciones más recientes a nivel nacional e internacional.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar las características psicosociales asociadas a la infertilidad y la subfertilidad.
- Evidenciar la aparición de síntomas relacionados con estrés, ansiedad y depresión, ante los tratamientos de reproducción asistida.
- Conocer los tratamientos psicológicos aplicables, en casos de infertilidad y subfertilidad.

CAPÍTULO III

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Dinámicas familiares

A continuación se analiza la importancia que tiene para una pareja el tener hijos, ya que se representa la sociedad, mediante este núcleo. Para Mayorga (2009) "La creación del vínculo padre, madre-hijo (a) que viven las parejas que deciden adoptar se ven precedida por un nicho de expectativas, ilusiones y experiencias caracterizadas por la necesidad de la reformulación de la adopción." (p.107)

Los autores Galán y Núñez (2009) hacen énfasis en que el deseo de tener hijos no es algo nuevo en el mundo, sin embargo, anteriormente no era posible controlar la reproducción, por lo que en el pasado, el no poder tener hijos estigmatizaba una incapacidad, principalmente en las mujeres.

Debido al avance de las tecnologías, a partir de las técnicas de reproducción asistida actualmente se efectúan procesos más exitosos y precisos. Así es afirmado también por Cambrón que indica:

... el deseo de tener hijos es sobre todo un deseo social de realización y la imposibilidad (por esterilidad o infecundidad) para ver realizado ese deseo será vivida como una "desgracia" biológica suprema. A la vez que ese deseo se convierte en una obsesión, la reproducción deviene casi un deber que se presenta como símbolo de la perennidad de la especie, de

la identidad sexual y de la integridad física e integración social del individuo y de la pareja (citado por G. Delaisi de Parceval et A. Janaud, 1983). A la extensión de estos sentimientos individuales. (p. 3)

Por lo anterior Peña y Rodríguez (2008), mencionan que dentro de los aspectos que se deben considerar para llevar a cabo la fecundación in vitro, la relación paciente y su médico como entes separados en interacción constante. Además agregan que se debe tomar en cuenta la dinámica previa, considerando el medio en el cual se desenvuelven.

Es importante previo al procedimiento, hacer una revisión de la deontología médica, estudio de principios, fundamentos y sistemas de moral en el entorno social que los miembros de la pareja se desarrollan. Sin dejar de lado la influencia de los factores religiosos involucrados, que en muchas ocasiones pueden variar en las pacientes, su disposición al tratamiento y la disciplina que muestran ante el procedimiento.

3.2 Infertilidad o esterilidad

Explica Calva (2009) que existe un aumento importante de los problemas de esterilidad y de infertilidad, debido principalmente a que las parejas tienen mayores edades cuando deciden tener hijos; esto aunado a una elevación en el uso de anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual, han hecho necesario que los avances científicos ofrezcan diversas soluciones a las parejas, analizando diversas técnicas que no solamente tomen en cuenta su eficacia para lograr el embarazo, sino que consideren las implicaciones de tipo ético y jurídico que estas conllevan. Este autor indica lo siguiente:

La esterilidad se define como la imposibilidad para lograr la concepción y por lo tanto el embarazo y en la infertilidad hay concepción pero hay pérdida del embrión o del feto, y el embarazo no llega a término. Tanto la esterilidad como la infertilidad pueden ser primarias (no han tenido hijos) o secundaria (la pareja ha tenido otros hijos) (p. 1).

Según explican Más, et al (2009), la sobrepoblación mundial es un problema mucho más preocupante que los trastornos de la reproducción, por lo cual la aplicación de técnicas de reproducción asistida, han hecho surgir nuevos y graves problemas de índole ético y legal. En especial, cuando el problema de infertilidad puede constituirse como un motivo de la disolución del vínculo afectivo en las parejas que la padecen.

Por su parte, Gómez y Fernández (2009), indican que el origen principal de las técnicas de reproducción asistida, consiste en la resolución de problemas de esterilidad que se pueden dar por problemas de obstrucción de trompas de Falopio, como la esterilidad provocada por causas médicas; afirma que en teoría, deben existir muchas evaluaciones terapéuticas que permitan hacer comparaciones entre las diversas técnicas, debido a que existen contrastes entre unos tratamientos y otros.

Para valorar la eficacia de la FIVET (resolución de problemas de esterilidad) habría que comparar los índices de éxito, junto con los riesgos y costes de estas técnicas, con las de otros tratamientos médicos que en la actualidad están de igual forma disponibles: microcirugía tubárica, trasplantes de ovarios, utilización de métodos naturales de regulación de la fertilidad, tratamientos psicológicos, etc. (Gómez & Fernández, 2009).

Sin embargo, Melnick et al (2010) afirman que existen estimaciones que indican que una tercera parte del total de casos de infertilidad se deben a problemas masculinos, es decir, se asocian a la calidad y cantidad de espermatozoides del hombre.

La infertilidad es sin duda un problema con repercusión social, que llega a afectar no solo el rendimiento laboral e intelectual del ser humano sino también la integridad de la familia y las relaciones interpersonales de la pareja y, consecuentemente, su salud mental y física, si tenemos en cuenta la definición de salud dada por la OMS "...un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad". La evidencia demográfica y epidemiológica sugiere que aproximadamente 8% de las parejas experimentan algún tipo de infertilidad durante su vida reproductiva. Cuando estos datos se extrapolan a la población global representan de 50 a 80 millones de personas que pueden sufrir de infertilidad". (Más et al, 2009 p. 2)

Rollo (2011), menciona que existen acontecimientos específicos de la historia familiar de vida y socialización, que pueden estar relacionados específicamente con la presencia de mitos, creencias, y mandatos con respecto a la maternidad y paternidad de cada uno de los conyugues, y que pueden interferir en la fecundación de manera negativa, tales como: violencia intrafamiliar, relación disfuncional de los padres, agresión física y psicológica, divorcios, soledad, rechazo y abandono antes de nacer.

Sobre esta misma línea, Mayorga (2009), visualiza los problemas de infertilidad, también desde un punto de vista social, en el que las parejas experimentan sentimientos de culpa y traumas, que se enfrentan a través de acompañamientos y revaloración del amor de pareja.

También Galán y Núñez (2009) coinciden en que el hecho de que las personas quieran tener hijos, no es algo nuevo, que la diferencia de los tiempos pasados a los actuales, radica en la posibilidad que existe en este momento de controlar la reproducción. Como expresan Melnick, Ditzkoff & Palta (2010)

No hay una solución simple para la Infertilidad. El tratamiento dependerá de los resultados de investigación y de la probabilidad de un resultado exitoso. Dependiendo de la gravedad del trastorno, los doctores pueden recurrir a una gran variedad de tratamientos, que varían de simples a complejos. Sin embargo, ahora parece justo decir que incluso las causas intratables de Infertilidad son al fin curables con tratamiento médico incluso los casos más severos, cuya única solución hasta hace un año atrás era la inseminación artificial de donante (IAD) o la adopción, han sido exitosamente tratados con nuevas técnicas de microinyección de espermatozoides. (p. 3)

Por este motivo es por el cual hacia el segundo milenio, se han desarrollado nuevas tecnologías que permiten como primer punto, la reproducción mediante técnicas asistidas, que se hacen más exitosas en el tiempo, además de la posibilidad abierta de manejar o recombinar el ADN (ácido

desoxirribonucleico), que impulsa terapias a nivel genético y la modificación de organismos.

El desarrollo y alcance de las técnicas de reproducción artificial humana está ampliamente divulgado y ha dado lugar a interpretaciones doctrinales diversas a tenor de las diferentes premisas de que se parte y de los múltiples problemas que su aplicación plantea: de naturaleza ética, jurídica, social y política. En torno a la reproducción artificial se han tejido variados discursos de alcance normativo y con objetivos diversos. (Cambrón, sf p. 2)

Por otra parte, el avance de las tecnologías, ha permitido también la clonación nuclear a partir de células adultas, que han dado paso a la denominada clonación terapéutica.

3.3 Técnicas de Fecundación Asistida

A través de los tiempos y con la evolución tecnológica de la medicina, se han promovido las técnicas de reproducción asistida (TRA) consideradas como un aporte mayoritario en el siglo XX, ya que se asocia a descubrimientos de reproducción humana y animal, consideradas como imposibles por muchos, en los que se congelan los embriones o se realizan integraciones de materiales genéticos.

El ejercicio de la autonomía, la toma de decisiones sobre el cuerpo y la libertad de practicarse tratamientos y procedimientos médicos, es un cambio social de máxima relevancia en los últimos años; la maternidad no escapa de

ésta realidad. Aunque dentro de esa autonomía, se busquen los todos los tratamientos para resolver la cualquier intolerancia al dolor, apariencia física, malestares relacionados con la condición actual, incluida la infertilidad; aunque muchas veces, ese tipo de procedimientos suponga, un desafío ético. (Galán & Núñez, 2009)

Calva (2009) expone:

Definiré como técnicas de procreación asistida todas aquellas ayudas que se ofrezcan a la pareja con el fin de ayudar a la función natural de los aparatos reproductores tanto masculino como femenino, sin que se sustituya la donación de la pareja (relación sexual) de la cual deriva la vida y por supuesto la concepción se lleva a cabo en las trompas de Falopio. Ejemplos de esto serían: medicamentos que induzcan la ovulación, hormonas, cerclajes, cirugías que mejoren la permeabilidad de las trompas, etc. Como las técnicas de procreación asistida respetan a las personas, tanto a los esposos, como al cigoto y al embrión, y también respetan la naturaleza del acto sexual del cual deriva la vida, son éticamente correctas. (p. 1)

Sin embargo, debido a la naturaleza y a que los materiales que se utilizan para la procreación artificial son de características genéticas, es decir humanas, se deben tomar en consideración los aspectos éticos que conllevan, la necesidad de brindar información medio legal para la toma de decisiones éticas, la virtud de la prudencia es la que debe regir los actos, para ello es preciso conocer la ética normativa vigente.

Cualquier proceder debe guiarse por principios específicos en cada situación y en cada caso particular; respetando primeramente el derecho a la autonomía y libre determinación, de las personas capaces, pero también la protección de las que no son capaces de ejercer autonomía (Peña, 2008)

Con este tipo de prácticas, se han elevado muchos cuestionamientos de tipo ético, debido al uso de las diversas técnicas y su impacto social en el largo plazo. Trabajar en programas de infertilidad no es sencillo, la eficacia de los tratamientos dependerá de los resultados de investigación. Además debe sumarse, la complejidad y etiología del trastorno, a pesar de lo anterior, con los avances en biotecnología, hasta los casos más severos son tratables. (Melnick, et al, 2010)

Por su parte, Gómez y Fernández (2009) expusieron en los primeros momentos en los que las técnicas de fecundación in vitro dieron inicio a nivel mundial, y agrega Melnick (2010), que en Estados Unidos, se desató una gran polémica, una vez que se permitió que se utilizaran fetos humanos como material de experimentación y trasplantes de tejidos fetales en seres humanos ha desatado una gran polémica a nivel mundial.

Pero para que esto fuese posible, hubo un levantamiento de las disposiciones legales sobre la prohibición, de destinar fondos públicos al estudio de trasplantes de tejido fetal en seres humanos. Esto abre las posibilidades biotecnológicas, para el uso de tejido proveniente de fetos, y que ayuden a contrarrestar enfermedades incurables; como el Parkinson, la Corea de Huntington, la enfermedad de Alzheimer, entre otras.

Dentro de las condiciones que deben existir para que exista una fecundación asistida, se encuentra en primer lugar, la esterilidad: ya sea por parte de la

mujer, debido a patologías rubricas (obstrucción de las trompas) que impiden el paso del espermatozoide para que el óvulo sea fecundado y que se inicie el embrión; o que el hombre, tenga una disminución de la cantidad de espermatozoides, que sea baja la movilidad o morfología de los mismos, que tienen pocas posibilidades de fecundación.

El desarrollo de las Terapias de Reproducción Asistida, permiten variar la oferta de posibilidades que se le ofrecen a una pareja con infertilidad o subfertilidad o bien, aquellas que no tengan no logren la concepción debido a alteraciones genéticas, congénitas o secundarias a patologías.

Este tipo de procedimiento le permite, cumplir el deseo de convertirse en padres biológicos; sin embargo ese deseo, no puede visualizarse como un derecho per se, el engendrar un nuevo ser, debe contextualizarse y determinarse dentro de un marco social y jurídico. (Jara, 2009)

Dentro de las técnicas de reproducción asistida, Galán y Núñez (2009) explican las siguientes:

- La inseminación artificial: homóloga o conyugal (IA) y heteróloga o de donante (IAD)
- La fertilización in vitro y trasplante de embrión, sea homóloga o conyugal o heteróloga, de donante, tanto de gameto masculino, como femenino (FIV y FIVTE). Puede incluir inyección intracitoplasmática de un espermatozoide (ICSI).

- La transferencia de embriones congelados en ciclos anteriores previa descongelación de los mismos, que pueden ser de la pareja o donados (TE).
- La Gamete Intrafallopian Transfert o GIFT, transferencia de ambos gametos en el tercio externo de la trompa, reproduciendo la fisiología normal de la fecundación.
- La transferencia del cigoto ZIFT, al tercio externo de la trompa.
- La transferencia intratubárica de embriones (TET), excepcional.
- La maternidad subrogada, también conocida como madres de alquiler.
- La clonación sea por gemelación o por transferencia nuclear (técnica que al parecer no ha dado todavía niños vivos, ya que el experimento de la secta de los raelianos, no ha sido confirmado ni aceptado por la comunidad científica). (p. 186)

3.3.1 La Fecundación in Vitro

La Fecundación In vitro conocida por sus siglas FIV, es un procesos en el que se toman los ovocitos maternos y se ponen en contacto con los espermatozoides, para que exista la fecundación; de esta manera los embriones son inseminados con el objetivo de facilitar y conseguir la fecundación. Una vez realizado esta fase, ese óvulo se convierte en un

preembrión, para posteriormente, ser transferido al útero para que continúe su desarrollo.

Para Melnick, Ditkoff y Palta (2010), las terapias de reproducción asistida, no son el primer recurso en tratamientos de esterilidad. En estos casos es común que los equipos de salud, ofrezcan otras alternativas, emparejadas con los resultados de los estudios.

En la gran mayoría de casos, se inicia con una estimulación folicular, con programación del coito; cuando lo que existe es una obstrucción en las trompas de Falopio, la cirugía o la reproducción asistida, son las opciones más recomendadas. Los embriones son cultivados y observados en el laboratorio; para luego ser trasladados al útero materno, en algunos casos quedan embriones que pueden ser congelados, ya que tienen un desarrollo adecuado.

Según Más et al "El término fertilización in vitro se utiliza para referirse al proceder Tédio del cual, se produce la fertilización extracorpórea del óvulo, tanto los gametos propios de la pareja." (p. 3)

Por su parte, Gómez y Fernández (2009) conceptualizan la fecundación in vitro como:

El término fertilización o fecundación in vitro significa que el normal proceso de fusión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar en el laboratorio en lugar de hacerlo en su lugar fisiológico, en el útero de la mujer, en el tercio externo de la trompa de Falopio.

Se denomina FIVET homologa, a los procedimientos artificiales de generación en que las células germinales pertenecen a los dos componentes de un mismo matrimonio, y la gestación se lleva a cabo en el seno de la esposa. Por el contrario se denomina FIVET heteróloga cuando no se cumple alguna de las dos premisas, bien porque los óvulos o los espermatozoides no procedan de personas unidas recíprocamente en matrimonio; o bien porque se recurre a una "madre portadora", en la que se implanta el embrión, y que será la que dé a luz a la nueva criatura. (p. 170)

Las técnicas han diferido a través de los tiempos, de acuerdo a la procedencia de los gametos, puede darse la fecundación con ovocitos de la madre o con un ovocito donado, de igual forma el espermatozoide puede pertenecer al padre o a un donante.

3.3.1.1 Aspectos éticos cuestionados

A continuación se indican algunas objeciones, respecto a la fecundación in vitro:

- a) Separa la creación de la vida, de la relación sexual.
- b) La posibilidad de crear niños con defectos físicos o mentales, lo que en realidad no se ha comprobado.

- c) De ser aprobado este proceder, se puede pasar a la aplicación de otras variantes de la FIV, muchas de las cuales son rechazadas por gran número de personas.
- d) Como la infertilidad no es una afección que ponga en peligro la vida, la aplicación de la FIV como modalidad terapéutica para una condición que no es médicamente riesgosa, puede llevar al terreno médico otros problemas humanos básicos. A muchos preocupa la utilización del criterio experto y recursos para aumentar la natalidad en un mundo ya superpoblado. (Más et al 2009 p. 6)

A estos autores, se une Jara (2003), quien menciona que son muchos los problemas que se han detectado con las técnicas de reproducción asistida, debido incluso a los intereses de los involucrados en la experimentación embrionaria. Indica Aznar (2011)

“Gran parte de los problemas éticos relacionadas con la defensa de la vida humana se plantean alrededor de la vida naciente, es decir desde la fecundación del ovocito y generación del embrión de una sola célula, el cigoto, hasta la consolidación de su implantación en el útero materno, alrededor del día 14 de la vida embrionaria” (p. 7)

3.4 Aspectos psicológicos y emocionales involucrados en las técnicas de reproducción asistida

Cuando una pareja se enfrenta a un diagnóstico de subfertilidad, pero sobre todo de infertilidad, es probable que enfrente una "crisis vital", donde como afirman Moreno y Guerra (2009) existe la imposibilidad de resolver los problemas cotidianos de forma tradicional lo que produce desesperanza, tristeza, ansiedad y confusión.

En este momento no se dispone de experiencias ni medidas para afrontar la situación. Moreno y Guerra (2009) dicen:

Las crisis producen cambios que afectan al mundo interno de la persona de manera directa en:

- Las creencias: "podemos tener un hijo cuando nos lo propongamos".
- Las actitudes: "seremos unos padres ideales".
- Los sentimientos: "me siento querido y comprendido".
- Las expectativas: "habrá que ir pensando en la educación del niño".

Y generan por eso mismo ansiedad, desesperación, sentimientos de falta de control sobre la propia vida, de temor, de amenaza y de pérdida. (p.15)

De acuerdo con estos autores, a pesar de que esta condición, la sufren muchas personas, por su naturaleza íntima la pareja lo vive como una experiencia solitaria, algo que los demás no pueden comprender.

En la mayoría de los casos nadie conoce la situación y la sociedad los ve igual con excepción de que salgan a la luz conflictos que puedan cuestionar las creencias de familiares y conocidos sobre el tipo de relación de las dos personas. Lo anterior se manifiesta Moreno y Guerra (2009) en tres niveles:

- a) A nivel cognitivo: se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento habitualmente utilizados.
- b) A nivel psicológico: al estado inicial de shock emocional se siguen sentimientos de negación, confusión, temor, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, culpa, excitabilidad e inquietud.
- c) A nivel fisiológico: pueden presentarse reacciones de estrés general.

Cuando se recurre a las técnicas de reproducción asistida, la sensación puede ser la misma, hay una pérdida de control sobre algo que se considera importante para la satisfacción y la realización de cada uno de los miembros de la pareja. Existe la sensación de fracaso personal y culpa en el miembro de la pareja al que se le diagnosticó el problema.

Esto se incrementa cuando la causa de la infertilidad es de origen desconocido Moreno y Guerra (2009):

La pareja entra en un "mundo nuevo" en el que la toma de decisiones se convierte en una parte integral de su vivencia cotidiana. Dudas y esperanzas sobre las opciones terapéuticas. Miedo al fracaso, soledad y ocultamiento social del problema, entran a formar parte del bagaje emocional de los pacientes. 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. (p.15)

Sin embargo existen parejas que manejan la situación de una mejor manera que otras. Para Moreno y Guerra (2009), la autoeficacia es un componente importante, las personas optimistas pueden desarrollar mejores estrategias de afrontamiento tanto, durante los tratamientos de fecundación asistida, como después de estos.

Igualmente tiene que resaltarse la importancia de las redes de apoyo: (Moreno, Tambre y Guerra, 2009):

- a) Se ha hipotetizado dos formas diferentes en las que actúa este fenómeno de amortiguación:
- b) El apoyo social puede interponerse en el camino entre el evento estresante y la persona afectada (por ejemplo, cuando otros

ayudan a reinterpretar un acontecimiento o a minimizar la respuesta negativa del efecto ayudándole a reinterpretar un acontecimiento).

- c) Mediando entre la respuesta de estrés de la persona afectada y el resultado (por ejemplo, cuando otros ayudan a tranquilizar a una persona afectada o le facilitan ayuda en cuanto a la adherencia al tratamiento médico). (p.15)

Con todo lo aconsejable el apoyo social puede tener aspectos negativos en la medida que personas próximas pueden reforzar conductas estresantes, o que tengan relaciones conflictivas que estén expresando constantemente.

De lo comentado, lo más destacable es que se tiene que contribuir a desarrollar estrategias de afrontamiento, el manejo efectivo de la situación mediante dos aspectos, ya sea actuando para resolver o pensando en otras cosas que distraigan de la situación que causa el desgaste emocional.

Oliveira (2010) indica que debe tenerse en cuenta la diferencia en la respuesta de hombres y mujeres ante ésta situación. Cuando la subfertilidad o la infertilidad provienen de causas ligadas al hombre, se causa lo que denomina una amenaza a la masculinidad, su potencia y desempeño, puesto en entredicho de acuerdo con normas patriarcales, y eso daña la autoestima.

De hecho Oliveira (2010) indica que los estudios muestran que otros hombres hacen comentarios peyorativos de la situación, en tanto hacia la mujer, se tiene una situación más empática y de comprensión. Indica que:

Para la mayoría de los hombres la estrategia favorita para evitar que su fertilidad fuese cuestionada era el secretismo y/o culpar de forma implícita o explícita a la mujer. Siendo las propias mujeres son cómplices, protegiendo a los hombres de las asociaciones negativas de la infertilidad. (p.124)

Tanto hombres como mujeres tienen una actitud positiva hacia las técnicas de reproducción asistida, basado en las posibilidades de éxito, sobre todo, por lo que leen y consultan hoy en día en múltiples medios incluida la Internet, los hombres lo ven como algo de último recurso sobre una situación que les cuestiona su hombría.

Olivera (2010) también comenta que el hombre es más pasivo que la mujer, y tiene la tendencia a cooperar menos con cambios en hábitos, como lo es la ingesta de alcohol, cambios de alimentación, dejar de fumar o hacer ejercicio.

3.5 Tratamiento psicológico de la infertilidad y la subfertilidad

La Psicología ha considerado como eventos relevantes en el desarrollo evolutivo de las personas, la procreación, el embarazo y el nacimiento de un hijo. Cuando esta "conquista social" no puede ser alcanzada, aparecen las crisis evolutivas, creando conflictos internos.

Un alto porcentaje de las personas diagnosticadas con infertilidad y que son sometidas a tratamientos de Reproducción Asistida, presentan en algún momento síntomas clínicos de cierta significación, de tipo depresivo-ansioso, se observa también síntomas como la desesperanza, culpabilidad, baja y

autoestima; provocando malestar clínicamente significativo, recurriendo en muchos casos a la atención psicológica.

Matorras (2014) habla de acompañamiento psicológico, centrándose en las repercusiones emocionales que tiene el tratamiento de esterilidad. Las mismas empiezan con la dificultad de concebir, la consulta a los especialistas, la decisión de someterse a determinado tratamiento, y luego los procedimientos que el proceso conlleva.

Primero que nada el profesional de la rama tiene que brindar el apoyo informativo, para luego brindar un apoyo emocional y capacitar sobre las diversas situaciones que se tendrán que afrontar en los tratamientos de infertilidad y subfertilidad. La Sociedad Española de Fertilidad indica que:

Una cuestión importante relacionada es el escaso número de pacientes que asisten a los programas de apoyo psicológico, cuando éstos se ofrecen de manera integrada en los tratamientos de fertilidad. Las parejas tienen muchos motivos para acceder a estas primeras consultas con el psicólogo.

Por un lado, piensan equivocadamente, que pueden enfrentarse a las tensiones que la esterilidad-subfertilidad y los propios tratamientos, provocan. Por otro lado, no les llega la información que se les trata de transmitir en las Unidades y de ahí que no recurran al servicio solicitando ayuda. El personal de las clínicas tiene que asegurar que la

información acerca del apoyo psicológico que hay llega fácilmente y está claramente disponible. (p.467)

Por lo tanto lo primero es acercar al paciente al apoyo psicológico, lo que debe ser un procedimiento establecido por los otros doctores que atienden a la pareja y también orientarlos sobre la necesidad de acudir al profesional respectivo.

Matorras (2014) expresa que por lo menos dos meses antes de cualquier tratamiento de fertilidad debe iniciarse un estudio psicológico de la pareja, teniendo en cuentas los siguientes aspectos:

Entrevista clínica donde se recoja información sobre:

- Genograma socio-familiar, historia en la relación de la pareja, genograma sexual.
- Genograma reproductor y factor de esterilidad, apoyo socio-familiar, antecedentes psiquiátricos, expectativas y motivaciones, factor económico y laboral, privacidad del tratamiento y antecedentes psiquiátricos.

Evaluación Psicológica:

- Personalidad, relación de pareja, estrategias de afrontamiento a la frustración y valoración de niveles de ansiedad y depresión.
(p.468)

Con este diagnóstico se puede iniciar el consejo psicológico, que debe buscar fortalecer emocionalmente la pareja, mejorar la relación con el equipo que realiza el procedimiento, e informar como pedir libremente ayuda ante cualquier situación que se pueda presentar.

Tienen que discriminarse entre aquellas parejas que requerirán de un apoyo psicológico más intensivo, y que por lo tanto requieren más reuniones, más atención y una medición de un progreso más rigurosa.

Una vez que se inicia el tratamiento de la pareja infértil o subfértil es fundamental según Matorras (2014), vigilar los niveles de ansiedad y estrés o depresión, brindando las estrategias de afrontamiento necesarias en cada caso. Como dice éste autor:

A lo largo de todas las etapas por las que va a ir pasando la pareja (tratamiento hormonal, controles, decisión sobre el número de embriones a transferir, ciclo (FIV, ICSI, IA), momentos de espera y resultados. En especial cuando hay una historia de fracasos previos de las técnicas de reproducción asistida donde aparece un impacto negativo en la salud mental de estos pacientes. (p.469)

La cita comentada resalta que se debe tener en cuenta el estado de la paciente y el tipo de tratamiento, y prevenir a la pareja sobre los momentos difíciles que deberán enfrentar, sobretodo, cuando hay fracasos en el proceso. Es importante dejar claro, desde el inicio del tratamiento, la necesidad de apoyo emocional.

Una vez que pasa la aplicación de las diferentes técnicas de reproducción manifiesta Matorras (2014) que se tiene que:

- Evaluar el impacto potencial a nivel personal y sobre las relaciones con la pareja, vida sexual, social, laboral y familiar.
- Además deben valorarse las implicaciones cuando el tratamiento no es exitoso, el embarazo se pierde o se realiza una reducción embrionaria. (p.469)

Regueiro y Valerio (2011), estudian el caso de una mujer de 30 años con problemas de infertilidad o subfertilidad con ansiedad y depresión. Se diseña para esta persona un tratamiento cognitivo conductual con subcomponentes. Éste mismo autor comenta:

Una ayuda psicoterapéutica puede ayudar a tener más éxito en los tratamientos de reproducción asistida, disminuyendo el estrés y la depresión y también modificando las actitudes. Los porcentajes de éxito aumentan en aquellos tratamientos de parejas que han aprendido a manejar correctamente su problemática (Domar et al., 2000; Sanders y Bruce, 1999).

Cuando la adaptación personal al proceso mejora, aumentan las posibilidades de ovulación, fecundación, nidación de los embriones y consecución del embarazo. Cuanto más activos y positivos sean los miembros de la pareja y cuanto más perciban tener una mayor

sensación de control sobre su problema y su tratamiento, mayores serán las posibilidades de concepción. (p.28)

Se parte de que el estrés puede disminuir las posibilidades de disminuir el embarazo y es causante de aborto espontáneo, por lo que un tratamiento exitoso puede aumentar las posibilidades de éxito. Esto porque se afecta el sistema endocrino y disminuye la cantidad de estrógenos.

De hecho indica que las parejas con un mayor ajuste marital y social tienen menos estrés y por lo tanto aumentan las posibilidades de tener éxito con el uso de las técnicas de reproducción. Toma como base el Programa Mente-Cuerpo de la Dra. Alice D. Domar, a continuación se describe:

- 1) Por un lado, eliminar la evitación y reforzamiento negativo, haciendo que comuniquen su situación, expresen sus sentimientos a su pareja, y al mismo tiempo obtener reforzamiento positivo de tipo social, que normalice su vida diaria haga menos aversiva toda la situación que estaba viviendo; 2) por otro, disminuir el impacto aversivo de las intervenciones médicas y factores hormonales, mediante relajación y técnicas que disminuyen las respuestas fisiológicas de ansiedad; y 3) también conseguir mayor cantidad y calidad de reforzamiento positivo de todo tipo respecto a comportamientos y actividades alternativas, para contrarrestar la situación de aislamiento que estaban viviendo, es decir, introducir actividades de terapia de pareja, actividades de ocio, actividades sociales y recreativas, etc., que aumentaran todos los

aspectos positivos de su vida. En una segunda etapa, 4) se propondrían también como objetivos, cambiar el tipo de razonamiento y pensamientos negativos que tenía, mediante técnicas de reestructuración cognitiva y de resolución de problemas; 5) y además, mejorar la autoestima y autocontrol de la situación, mediante estrategias de asertividad, escucha, empatía y relaciones sociales más estrechas con el equipo médico. Por último, 6) una etapa de mantenimiento y generalización de los resultados, recordando esas estrategias y su relación cotidiana, al tiempo que seguía ocurriendo el proceso médico de reproducción asistida. (p.31)

Oliviera en el 2010, plantea que el especialista en Psicología debe maximizar los recursos emocionales disponibles, para que los sujetos puedan afrontar de la mejor forma los tratamientos médicos. Es una reestructuración cognitiva, que toma en cuenta una serie de dilemas éticos y morales presentes en la sociedad, y que de una u otra forma preocupan a las parejas. Tiene que valorarse también, la vivencia de la infertilidad, que es diferente según la cultura, las experiencias personales y los mismos fracasos.

Como indica Giménez (2010) también tiene que tomarse en cuenta que la personalidad puede jugar un papel muy importante, ya que ésta puede preceder, modificar o complicar los estados emocionales, por lo que un abordaje psicoterapéutico, antes de someterse a cualquier tratamiento de reproducción asistida, aportaría un gran valor al proceso.

Tabla1:
Propuestas recientes de Intervención Psicológica en caso de Infertilidad

| Autor y año | Tipo de Valoración y Tratamiento |
|---------------------------|--|
| Matarras (2014) | <p>Entrevista clínica, elaboración de Genograma socio-familiar, historia en la relación de la pareja, genograma sexual.</p> <p>Genograma reproductor y factor de esterilidad, apoyo socio-familiar, antecedentes psiquiátricos, expectativas y motivaciones, factor económico y laboral, privacidad del tratamiento y antecedentes psiquiátricos.</p> <p>Evaluación psicológica: relación de pareja, estrategias de afrontamiento a la frustración y valoración de niveles de ansiedad y depresión. El impacto potencial a nivel personal y sobre las relaciones con la pareja, vida sexual, social, laboral y familiar</p> <p>Acompañamiento psicológico, centrándose en las repercusiones emocionales que tiene el tratamiento de esterilidad</p> |
| Regueiro y Valerio (2011) | <p>Programa de 15 sesiones, abordando los siguientes ejes temáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminación y evitación del reforzamiento negativo, mediante la comunicación y expresión de sentimiento con su pareja. - Disminución del impacto aversivo de las intervenciones médicas y factores hormonales, mediante relajación y técnicas de inoculación del estrés. - Aumentar el reforzamiento positivo de todo tipo respecto a comportamientos y actividades alternativas. - Reestructuración cognitiva y solución de problemas. - Mejorar la autoestima y el autocontrol, mediante estrategias de asertividad, escucha, empatía y relaciones sociales. - Mantenimiento y generalización de los resultados del proceso de intervención. |
| Oliviera (2010) | <p>Propone trabajar con reestructuración cognitiva, tomando en cuenta los dilemas éticos y morales presentes en la sociedad, que de una u otra forma preocupan a las parejas.</p> <p>Además de valorarse, la vivencia de la infertilidad, las experiencias personales, los fracasos y como se experimenta ésta condición dentro de la cultura de la pareja.</p> |

Fuente: Elaboración propia, 2015

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio basado en la revisión sistemática de datos, encontrados en artículos científicos indexados, con literatura reciente, entre los años 2009 al 2014. Se recabó la información, para posteriormente sistematizarla, y analizarla en torno al eje temático de la infertilidad, las repercusiones psicológicas asociadas y tratamiento psicológico y las técnicas de reproducción asistida.

4.2 Criterios de Selección

Dentro de la información seleccionada para el presente trabajo, se consideraron artículos:

- Cuyo contenido relacionado al tema de infertilidad y la subfertilidad, factores psicológicos asociados a esta condición, reacciones ante tratamientos de reproducción asistida y estrategias de intervención desde la salud pública en el sistema de seguridad social.
- Se consideraron documentos con aportes científicos en el contexto nacional e internacional con el fin de abordar las temáticas planteadas en el marco teórico.
- Documentos escritos en los idiomas español e inglés.

- Estudios cualitativos, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios experimentales y de casos.

4.3 Criterios de Inclusión

Se utilizaron artículos, que incluyen dentro de los textos, ejes temáticos planteados en la presente revisión, que aporten datos cualitativos y cuantitativos, mediante los siguientes criterios:

- Estudios pertenecientes a revistas indexadas, y que su contenido contara con un alto índice de fiabilidad de los datos.
- Que cumplan con el método y el análisis de los resultados, con la rigurosidad estadística necesaria para estudios controlados.
- Todos aquellos artículos relacionados con infertilidad, esterilidad, disminución de la capacidad para concebir, epidemiología, en especial los relacionados patogenia, calidad de vida, factores psicológicos asociados y tratamiento psicológico.
- En un intervalo de tiempo, estimado entre 2009-2014, solamente se utiliza un artículo con fecha 2008, debido a que la información que aporta, es de relevancia para los objetivos de este estudio.

4.4 Criterios de Exclusión

Se determinaron artículos no aptos para esta investigación, los que cumplían con los siguientes criterios:

- Artículos publicados antes del 2009 o provenientes de revistas no indexadas.
- Aquellos publicados en otros idiomas que no fuesen español e inglés.
- Los artículos relacionados solamente con el manejo médico y tratamiento farmacológico.
- Los que relacionan la infertilidad con psicopatología per se.

4.5 Procedimiento

Se realizó en cuatro fases, orientadas a la búsqueda, sistematización, análisis y discusión de los datos recabados.

Fase I: Búsqueda en bases de datos y revistas científicas tales como: APA, base de datos UCR, Dialnet, EBSCO, ELSEVIER, PsychINFO, Pubmed, Redalyc, Scielo, SIENCE DIRECT y Access Medicine, en artículos científicos publicados en los últimos 5 años a excepción de aquellos considerados de gran importancia para el tema y cuyas propuestas continúan vigentes en la actualidad.

Se amplió la indagación sobre revisiones bibliográficas y sistemáticas de la Biblioteca Médica Dr. Gonzalo Gonzales Murillo del Hospital Nacional Psiquiátrico y el sistema digital de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS).

Fase II: En esta etapa, se ejecutó una selección exhaustiva de la información, discriminando los datos, según los criterios de inclusión, además los estudios o metaanálisis que tuvieran mayor consistencia interna, validez, confiabilidad y cumplimiento riguroso de la metodología.

Fase III: Análisis del contenido, se sistematizó la información, posterior a su recolección y selección previa, se consideraron de manera prioritaria los ejes temáticos y objetivos de la investigación, determinados desde el inicio del proyecto.

Fase IV: Análisis de los resultados, a la luz, de los elementos teóricos y estudios encontrados, además se elabora los apartados de discusión y conclusiones. Se elaboró el presente documento para la presentación del Proyecto Final de Graduación del Posgrado de Psicología Clínica.

CAPÍTULO V

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados de las publicaciones, empezando por las internacionales y luego las nacionales.

5.1 Resultados de los estudios internacionales

Armstrong y Akande (2013), se propone resumir las causas de la disminución de la fecundidad con la edad cronológica, en mujeres de más de 40 años, revisando el envejecimiento ovárico biológico. Además explorarán través de medios clínicos, la reserva ovárica de una mujer. Para esto se revisa la literatura reciente sobre la eficacia de las diferentes técnicas de reproducción asistida (ART) para las mujeres de 40 años o más y ofrecer una mejor opción de tratamiento único.

Este estudio reveló, tasas de éxito para las mujeres de 40 años o más con las técnicas de reproducción asistida de clomifeno, IIU, la IIU con FSH todas extremadamente bajas, a menos de 1% de nacidos vivos por ciclo. Pero la FIV, ofrece una tasa de éxito de alrededor del 13,7% por ciclo.

Llegaron a la conclusión, que la utilización de sus propios gametos en la fecundación in vitro, ofrece las mejores perspectivas de éxito, en la eficacia de las opciones de tratamiento disponibles para las mujeres infértiles mayores. Intentando tratamientos distintos de FIV retrasará innecesariamente concepción.

López, Alarcón y Cubo (2013), realizaron un estudio piloto que pretendía relacionar el éxito o fracaso de los tratamientos de infertilidad con variables psicopatológicas y de personalidad. Se tomó una muestra de parejas infértiles pertenecientes a una clínica. Los instrumentos utilizados para evaluar las variables analizadas fueron los siguientes:

- Beck Depresión Inventory (BDI-II).
- State-Trait Anxiety inventory - Self Evaluation Questionnaire (STAI).
- International Personality Disorder Examination (IPDE).
- Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R).
- Marital Adjustment Test (EAM).
- Coping Strategies (COPE).
- Además de un cuestionario de información general para evaluar variables de naturaleza sociodemográfica. (p.590)

Los resultados indicaron, que no existían diferencias significativas entre los mecanismos de afrontamiento entre las parejas fértiles e infértiles y que no están determinados por patrones de personalidad específicos. Se especula, sin registro estadístico, pero a través de reportes clínicos; que los trastornos pueden ocasionar síntomas como el estrés, que obstaculizan el proceso de concepción.

Lyall, Baker y Walker (2013) revelaron que los estudios anteriores sobre las relaciones entre la infertilidad, terapias de infertilidad y trastornos del espectro autista (TEA) han sido inconsistentes. Los autores examinaron brevemente la evidencia disponible y posteriormente los datos relacionados con infertilidad y sus tratamientos, en asociación con tener un hijo con TEA, sin hallazgos de correlación significativa.

En la revisión, se identificaron 14 estudios publicados a partir de mayo 2013 la investigación de infertilidad y/o de sus tratamientos y ASD. En general, los resultados anteriores mostraron pocos elementos que fundamentaran una asociación fuerte, aunque se encontraron algunos aumentos en el riesgo con tratamientos específicos; se observaron muchas limitaciones. En nuevos análisis del riesgo del Autismo Infantil de Genética y el Ambiente, (CARGO) estudio basado en la población, los casos con trastorno del espectro autista (ASD, n=513) y controles confirmó que el desarrollo típico (n=388) fueron comparados con respecto a frecuencias de diagnósticos de infertilidad y tratamientos globales y por tipo. Diagnósticos y tratamientos para la infertilidad también se agruparon para explorar posibles vías subyacentes.

Los participantes en este estudio son parte de la infancia de Autismo de Riesgos de la genética y el medio ambiente (con cargo), una en curso, estudio de casos y controles de base poblacional grande extraído de varias regiones de California. En pocas palabras, todos los niños que participan son: a) 24 a 60 meses en el momento de la inscripción, b) viven con al menos un padre biológico, c) tener un padre que habla Inglés o español, d) nacido en California, y e) viven en las zonas de

captación de estudio especificados. Se identificaron los niños con autismo a través del Departamento de California de Servicios de Desarrollo (DDS) y controles sanos a través de archivos de nacimiento del estado. Los controles fueron emparejados frecuencia en la edad, sexo y área geográfica de los casos de autismo (p.4).

La información sobre las terapias de fertilidad se recogió a través de una entrevista telefónica administrada con la madre, mediante el Cuestionario Ambiental (EEQ), en prenatal y clínica de infertilidad, además de la revisión del expediente médico, a través de una entrevista telefónica suplementaria cuando los registros médicos no estaban disponibles; refiriéndose únicamente a problemas de infertilidad.

Por lo tanto, fueron utilizadas la historia clínica, y la información del auto-reporte para definir las exposiciones de la infertilidad y sus tratamientos en análisis primario; entre los que se definen como expuestos, el 71% tenían infertilidad según los registros médicos y el 81% había tomado nota de los tratamientos de infertilidad.

Los resultados de este estudio de casos y controles, no proporcionan evidencia, que permita hacer una asociación entre las terapias de fertilidad y los trastornos del espectro autista. Se examinó un número de diferentes tipos de terapias y condiciones que subyacen a la infertilidad, y en general se encontró notable similitud entre los casos de ASD y controles con desarrollo típico. Sin embargo, debido al bajo poder estadístico para detectar efectos más sutiles de ese estudio, no se pudo excluir la posibilidad de modestas asociaciones con terapias o condiciones más raras. Por tanto, estos temas

deben estudiarse más a fondo en grandes estudios con determinación de resultado estandarizada y la información de la exposición rigurosa.

Los riesgos conocidos asociados con las terapias de infertilidad, como la prematuridad, bajo peso al nacer y los partos múltiples, permanecen como preocupaciones asociadas con el uso de éstas terapias, y la evidencia sugiere la necesidad de continuar el seguimiento a largo plazo de los niños concebidos mediante estos procedimientos.

Mutsaerts, Kuchenbecker, Mol, Land, & Hoek (2013) se preguntan ¿Cuáles son las tasas de deserción escolar en los programas de intervención de estilo de vida (LIP) para mujeres infértiles con sobrepeso y obesidad y qué asociación con la deserción escolar se identifican en estas mujeres?

Parten del supuesto de que mujeres infértiles con sobrepeso y obesidad podrían mejorar sus posibilidades de concepción cuando mejoran su estilo de vida y pierden peso. Agrega que se encuentra una correlación entre el abandono escolar y reduce la posibilidad de la pérdida de peso considerable, por ésta razón, se considera un factor limitante de la fertilidad.

Se realizó una revisión sistemática que incluyó 15 estudios publicados entre enero de 1980 y diciembre de 2012. Los estudios incluidos investigaron el efecto de la LIP para las mujeres con sobrepeso y obesidad con infertilidad. A partir de estos estudios se registraron las tasas de deserción escolar y los factores basales relacionados con el paciente, especialmente aquellos asociados a la deserción escolar, tasas de pérdida de peso y embarazo.

Hubo 15 estudios identificados, de los cuales 10 reportaron tasas de deserción escolar. La tasa de deserción promedio fue de 24% (rango: 0-31%). Cuatro estudios informaron las características iniciales de las mujeres que abandonaron, pero predictores modificables de deserción escolar no pudieron ser identificados. La pérdida de peso y las tasas de embarazo fueron más bajas en las mujeres que han abandonado el sistema educativo, que en las mujeres que completaron los estudios.

Entre las conclusiones más importantes se encontró, que la deserción del sistema educativo es un gran inconveniente, ya que predispone a una menor pérdida de peso y las tasas de embarazo más bajas. Es necesaria la identificación de predictores de deserción escolar para identificar a las mujeres infértiles con sobrepeso y obesidad que son propensas a la deserción escolar. Estas mujeres podrían beneficiarse del apoyo y la supervisión adicional, al que podría aumentar las tasas de adherencia, la pérdida de peso y las posibilidades de embarazo.

Tiplady, Jones, Campbell, Johnson & Ledger (2013) se cuestionan si el uso de un test de ovulación hogar digital tiene algún efecto sobre el nivel de estrés en las mujeres que tratan de concebir. Sugieren que programar el tiempo de las relaciones sexuales, de tal manera que coincida con la ovulación mediante el uso de pruebas de ovulación puede conducir a la angustia emocional; sin embargo, ningún estudio se ha llevado a cabo para investigar esta hipótesis en concreto, hasta ahora.

Estos autores realizan una investigación durante dos ciclos menstruales completos como un ensayo prospectivo, aleatorizado, controlado con inclusión de métodos cuantitativos y cualitativos. Al grupo de prueba se les

Se les dio pruebas de ovulación digitales programadas para realizarse en el momento más fértil del ciclo y el grupo de control se les dio directrices para aumentar las posibilidades de concepción (coito cada 2- 3 días) y se les pide no usar cualquiera de los métodos adicionales en el tiempo en que se produce la ovulación.

Un total de 210 mujeres que estaban buscando para concebir fueron reclutadas de la población general del Reino Unido. Un total de 115 mujeres se asignaron al azar al grupo de prueba y 95 para el grupo de control a través del bloque de la aleatorización. El horario de afecto positivo y negativo (PANAS) y la Escala de Estrés Percibido (PSS) se utilizaron para medir los niveles de estrés subjetivo, la encuesta Short-Form 12 la salud se utiliza como una medida de las muestras de la salud general y el bienestar y la orina se midieron por los marcadores bioquímicos de estrés como el cortisol urinario. Los datos cualitativos fueron recogidos en forma de una entrevista telefónica tras la finalización del estudio.

En los resultados, no se encontraron diferencias en los niveles de estrés entre las mujeres que utilizan pruebas de ovulación digitales a las relaciones de tiempo en comparación con las mujeres que estaban tratando de concebir sin ayudas adicionales: además, su uso no impactó negativamente en el momento de la concepción en los usuarios, pero puede proporcionar beneficios adicionales, incluyendo un aumento de la comprensión del ciclo menstrual, tranquilidad y confianza en centrarse en los intentos de concepción a la hora correcta en el ciclo.

Se concluye, que las mujeres que buscan consejo médico al tratar de concebir, no deben ser desalentadas por los profesionales de la salud en el

uso de pruebas de inicio de ovulación digitales con el fin de medir el tiempo de las relaciones. La cohorte de mujeres reclutadas para este estudio inicialmente no tenía pruebas de infertilidad y buscaban concebir en un entorno no-médico.

Van Geloven, Van der Veen, Bossuyt, Hompes, Zwinderman & Mol (2013) se plantean la pregunta de si los modelos de predicción por muestreo pueden ayudar a distinguir la infertilidad de la subfertilidad a la hora de predecir la concepción natural en parejas con un deseo insatisfecho de concebir un niño?.

Han desarrollado varios modelos de predicción de la concepción natural y la concepción a través de técnicas de reproducción asistida. Los factores que ofrecen pronósticos, suelen ser evaluados por modelos de Cox de riesgo proporcional, de modo tal, que no puede diferenciar entre las parejas con un deseo insatisfecho de tener un niño que son subfértiles, es decir, han reducido la capacidad de concebir de forma natural, y las parejas que en realidad son infértiles, es decir, son completamente incapaces de concebir de forma natural.

Asistieron a las Clínicas de Fertilidad de 38 centros en los Países Bajos entre enero de 2002 y febrero de 2004, un grupo de parejas consecutivas, que se unieron a un estudio de cohorte prospectivo. De las 7.860 parejas en la cohorte, en 3.917 parejas se reunieron los criterios de inclusión. La mediana de seguimiento fue de 219 días, con un máximo de 5 años.

El común entre las parejas, fue que presentaran una causa inexplicable de un deseo por concebir, claramente, sin cumplir. Se utilizó un modelo que mezcla

la estimación de la proporción de parejas infértiles y el tiempo de embarazo para las parejas con subfertilidad.

De forma natural, 794 parejas lograron concebir mientras se le brindó seguimiento. El modelo de cruce estima que el 47% [intervalo de confianza del 95% (IC): 33-56%] de las parejas eran infértiles, a pesar de la ausencia de elementos objetivos que indican una causa de infertilidad.

De los factores pronósticos evaluados, fueron predictores significativos de la infertilidad, la edad de la mujer, la duración del deseo por concebir, el embarazo anterior, la calidad del semen, el IMC y el ciclo de duración, edad de la mujer [odds ratio (OR): 1,11; IC 95%: 1.3 a 1.19] y el embarazo anterior (0,22, IC del 95%: 0,07 a 0,67). Entre las parejas con subfertilidad, se reportó una mayor duración, en aquellas en las que se detectó un deseo de concepción más intenso (FFR: CI 0,72, 95%: 0,61-0,85), éste fue un factor pronóstico significativo de tiempo para el embarazo.

Para los autores los modelos de muestreo estadístico, pueden ser una herramienta útil en la selección de las parejas que requieren la tecnología de reproducción asistida, ya que los efectos de los factores que marcan pronósticos, pueden subdividirse en efectos sobre la fracción de las parejas infértiles y los efectos en el tiempo de embarazo para las parejas con subfertilidad, esto, con los modelos convencionales no es posible.

Wischmann, Korge, Scherg, Strowitzki, & Verres, (2012), realizan un estudio, con la inquietud de conocer la evolución en los procesos adaptativos, en parejas que se hubiesen sometido a la técnica de reproducción asistida mediante medicamentos. Su objetivo fue, conocer la percepción subjetiva de

calidad vida global, en parejas que lograron concebir hijos y las que no, en un periodo de 10 años posterior a la aplicación de este tipo de técnica.

Las personas que participaron en el estudio, previamente, solicitaron consulta por desajustes en aspectos psicosociales relacionados con la infertilidad por lo que se mantenían en constante seguimiento. Se les aplica un cuestionario de seguimiento, solicitándole a ambos, responder reactivos sobre el estado actual, deseo de concebir un hijo, satisfacción con la vida, autoestima, sexualidad y realización laboral, así como su actitud actual hacia la técnica de reproducción asistida con medicamentos, a la que se sometieron con anterioridad y la experiencia del proceso.

Se reclutaron 148 parejas y 60 mujeres (tasa de respuesta: 41% de las mujeres y el 31% de los hombres en contacto), 59 % de las mujeres tenían al menos un hijo genéticamente relacionado, el 11% tuvo una crianza o hijo adoptado y el 30% no tuvo hijos. Las comparaciones de las variables psicológicas entre los padres con y sin se hicieron para las 148 parejas.

Los resultados señalan que los padres que lograron tener hijos mediante esta técnica, mostraron significativamente mayor autoestima que las parejas sin hijos ($p < 0,01$), con mayor posibilidad de pasar nuevamente por este tratamiento, que las parejas sin hijos ($p < 0.001$ para las mujeres, $p < 0.05$ para los hombres).

Como dato relevante se indican que mujeres sin hijos reportaron más satisfacción en el área laboral y profesional, que las mujeres madres ($p < 0,01$), mientras que no se identificó tal diferencia en los hombres. En cuanto a la satisfacción de vida en general, satisfacción con amistad y

cooperación, y la satisfacción sexual; no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupo, dentro de la muestra.

En conclusión, este estudio señala que tras 10 años de seguimiento, tanto las parejas sin hijos y los padres indicaron una buena adaptación psicológica, calidad de vida en el largo plazo, mantiene una alta satisfacción, tanto en las parejas sin hijos definitivamente y los padres post-tratamiento de reproducción asistido medicamentoso. Este hallazgo marca una línea para orientar los tratamientos hasta la fase de seguimiento, independientemente si la pareja logra o no tener un hijo.

5.2 Estudios relacionados con aspectos psicológicos y emocionales, en personas infértiles.

Louis y otros (2011) tratan de establecer en que porcentaje, el estrés reduce las probabilidades de embarazo en mujeres en edad fértil. Se procede a la observación de 274 mujeres de 18 a 40 años durante seis ciclos o hasta el embarazo. Se recogen muestras de saliva basal en el día seis de cada ciclo, y se utilizan monitores de fertilidad para identificar kits de ovulación y la prueba de embarazo para la detección del embarazo.

Se encuentran concentraciones de alfa-amilasa, pero no de cortisol y se asociaron negativamente con la fecundidad en el primer ciclo (odds ratio=0,85 fecundidad; IC del 95%: 0,67 a 1,09) después de ajustar la edad de la pareja, la frecuencia de las relaciones sexuales y la disminución en el consumo de alcohol. Se observaron reducciones estadísticamente significativas, en la probabilidad de concepción a través de la ventana fértil, al intentar quedar embarazadas, durante el primer ciclo, para las mujeres

cuyas concentraciones de α -amilasa salival se encontraban en los cuartiles superior en comparación con las mujeres en el cuartil inferior (la más alta densidad posterior: -0.284; 95% de intervalo de -0,540, -0,029).

Se concluye que el estrés reduce significativamente la probabilidad de concepción cada día durante el periodo fértil, posiblemente ejerciendo su efecto a través de la vía medular simpática.

Galhardo, Pinto-Gouveia, Cunha, & Matos (2011), procuran a través de este estudio, comprender los procesos psicológicos (como la vergüenza externa, la vergüenza interna y auto-juicio) y su asociación con la psicopatología, en parejas con problemas de fertilidad, acotando como variable, las diferencias de género.

Se trabajó con 100 parejas, sin problemas de fertilidad conocidos, con al menos un hijo [grupo fértil (FG)], con el grupo control, 100 parejas con un diagnóstico de la infertilidad en busca de tratamiento médico [grupo infértil (IG)], y 40 parejas con un diagnóstico de infertilidad, que se encuentran solicitando adopción [adopción grupo (AG)]. Fueron evaluadas a través de los siguientes instrumentos: Beck Depression Inventory, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, otros como Semer, Experiencia de la Escala La vergüenza y la Escala de Auto-compasión.

Se realizaron correlaciones de Pearson y el análisis de regresión lineal múltiple para investigar la asociación entre la vergüenza, auto-juicio, la depresión y la ansiedad. Con pruebas t, para la exploración de diferencias de los resultados en los géneros.

Entre los principales resultados se encuentra, que el grupo IG puntuaron más alto que FG y AG en medidas de depresión, ansiedad, vergüenza externa, la vergüenza interna y auto-juicio. Además surgen como predictores significativos de sintomatología depresiva, el auto-juicio, la vergüenza externa y la vergüenza interna en las parejas infértiles.

Entre los hallazgos significativos, señalan que las mujeres con un diagnóstico de infertilidad tienden a presentar niveles más altos de síntomas depresivos y de ansiedad en comparación con controles fértiles y candidatos de adopción.

Matthiesen, Frederiksen, Ingerslev & Zachariae (2011) describen, que algunos estudios han investigado la relación entre los factores psicológicos como el estrés y la angustia (medida como la ansiedad y la depresión) y los resultados de las técnicas de reproducción asistida. Se realizó una revisión sistemática y meta-análisis de los resultados de los estudios que informan sobre las asociaciones entre el estrés, ansiedad y depresión, y los resultados de las técnicas de reproducción asistida.

Se identificaron para su posterior evaluación, artículos por dos investigadores independientes, de acuerdo con un a priori de libro de códigos desarrollado con estudios prospectivos, que reportan datos sobre las asociaciones entre el estrés o angustia en pacientes de sexo femenino y el resultado con técnicas de reproducción asistida.

En esta revisión se incluyeron un total de 31 estudios prospectivos. Con resultados estadísticamente significativos, tamaños del efecto combinado de estrés [ESR, el tamaño del efecto de correlación) =-0,08; p=0,02; intervalo de confianza del 95% (IC): -0,15, -0,01], la ansiedad rasgo (ESR=-0,14; p

=0,02; IC del 95%: -0,25, -0,03) y el estado de ansiedad (ESR=-0,10, PIC=0,03, 95%: -0,19; -0,01), lo que indica asociaciones negativas con tasas de embarazo clínico. Una tendencia no significativa (ESR=-0,11, p=0,06) se encontró una asociación entre la depresión y el embarazo clínico. Para las pruebas de embarazo en suero y de tasas de nacidos vivos, las asociaciones entre la ansiedad rasgo o estado de ansiedad no fueron significativas. El número a prueba de fallos, no superó el criterio sugerido en cualquier análisis, la heterogeneidad entre estudios fue considerable.

Posterior al metaanálisis, se encontraron asociaciones pequeñas pero significativas, entre el estrés, la angustia y la reducción de las posibilidades de embarazo con técnicas de reproducción asistida. En conclusión, los datos que sugieren la influencia del estrés y la angustia en el resultado de las mujeres que acuden a las técnicas de reproducción asistida, son limitados.

Verhaak, Lintsen, Evers, & Braat (2010), investigaron las características psicométricas de un SCREENIVF, utilizada como herramienta de detección para identificar a las mujeres en riesgo de problemas emocionales en una etapa temprana del tratamiento. En un estudio previo se identificaron factores de riesgo de desajuste emocional y se incorporaron en este instrumento psicométrico referente a factores psicológicos generales y específicos de infertilidad.

Este instrumento mide cinco factores de riesgo, i) ansiedad pretratamiento y ii) la depresión tratamiento previo, y las cogniciones con respecto a los problemas de fertilidad en términos de, iii) la impotencia y iv) menos aceptación con respecto a los problemas de fertilidad y v) la falta de apoyo social, como riesgo factores para el aumento de los problemas emocionales.

A través de una regresión lineal se realizaron análisis para investigar la predicción valor de SCREENIVF, y la sensibilidad y especificidad, así como los cocientes de probabilidad. Se aplicó SCREENIVF en 279 mujeres en su ciclo de tratamiento de fecundación in vitro, pretratamiento y de 3 a 4 semanas, después de la prueba de embarazo.

Los resultados indican que esta herramienta, identificó con éxito factores de desajuste emocional o sin riesgo de alteración; en el 75% de las pacientes. El valor predictivo negativo fue alto: 89%. El valor predictivo positivo fue baja (48% en la muestra total y el 56% después del tratamiento sin éxito).

La sensibilidad fue del 69%, una especificidad del 77%. Lo cual implica que SCREENIVF es un instrumento aceptable para detección de problemas emocionales en mujeres en riesgo. Aportando datos sobre el incremento sustancial en ansiedad basal, detectando síntomas de depresión, cogniciones negativas respecto a infertilidad y falta de apoyo social. Por otra parte, esta herramienta detectó post-tratamiento que el 24% de las mujeres mostraron ansiedad clínicamente relevante y/o depresión.

5.3 Estudios relacionados con intervenciones psicológicas, en mujeres con problemas de infertilidad, y sometidas a Técnicas de Reproducción Asistida.

Regueiro y Valerio (2011), estudian el caso de una mujer de 30 años con problemas de infertilidad o subfertilidad, que presenta síntomas de ansiedad y depresión. Los autores indican:

Se aplicó durante 15 sesiones e incluyó: biblioterapia sobre infertilidad, relajación, tareas gratificantes, expresión de sentimientos, entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones, ejercicios de visualización y reestructuración cognitiva (p.27).

Los autores, tomaron como base el Programa Mente-Cuerpo de la Dra. Alice D. Domar, abordando los siguientes ejes temáticos:

- Eliminación y evitación del reforzamiento negativo, mediante la comunicación y expresión de sentimiento con su pareja.
- Disminución del impacto aversivo de las intervenciones médicas y factores hormonales, mediante relajación y técnicas de inoculación del estrés.
- Aumentar el reforzamiento positivo de todo tipo respecto a comportamientos y actividades alternativas.
- Reestructuración cognitiva y solución de problemas.
- Mejorar la autoestima y el autocontrol, mediante estrategias de asertividad, escucha, empatía y relaciones sociales.
- Mantenimiento y generalización de los resultados del proceso de intervención.

Entre los principales avances en la paciente, se indica que una mejoría en su estado de ánimo, disminuyendo sus niveles de ansiedad casi hasta la

normalidad. La mujer que se había sometido a varios tratamientos, decide tomar la decisión de emprender un nuevo tratamiento mediante la donación de ovocitos. Se confirma que un mes después de finalizada la terapia, la mujer queda embarazada, dando a luz dos niñas.

Consideran que el tratamiento psicológico individualizado es importante para acompañar las intervenciones médicas en reproducción asistida. Sin embargo señala muy claramente, no constatar que sea un factor de éxito que garantice la concepción, aunque puede ayudar en casos de subfertilidad, pero que requiere ser más investigado.

Boivin, Griffiths y Venetis (2011), examinan si en el pretratamiento, la angustia emocional en las mujeres, se asocia con el logro del embarazo después de un ciclo de la tecnología de reproducción asistida.

Realizan un meta-análisis de estudios psicosociales potenciales, incluyen los resultados de artículos publicados desde 1985 hasta marzo de 2010. Se eligieron estudios prospectivos que informaron una prueba de la asociación entre la angustia pretratamiento psicoemocional (ansiedad o depresión) y el embarazo en mujeres sometidas a un ciclo de tecnología de reproducción asistida.

En el metaanálisis se incluyeron 14 estudios con 3583 mujeres infértiles, en tratamiento de infertilidad. El tamaño del efecto utilizado fue la diferencia de medias estandarizada (ajustado por pequeño tamaño de la muestra) en la ansiedad o la depresión pretratamiento (prioridad sobre la ansiedad); entre las mujeres que lograron un embarazo (definida como una prueba de embarazo positiva, exploración cardíaca fetal positivo, o en vivo nacimiento) y los que no lo hicieron.

Los resultados indican que el pretratamiento angustia emocional no se asoció con el resultado del tratamiento después de un ciclo de la tecnología de reproducción asistida (diferencia de medias estandarizada -0,04, IC del 95% - 0,11 a 0,03 (modelo de efectos fijos); heterogeneidad $I^2 = 14\%$, $p = 0,30$).

El análisis de subgrupos de acuerdo con la experiencia previa de la tecnología de reproducción asistida, indicó que la composición del grupo de no embarazadas, y el momento de la evaluación emocional no fueron significativos.

La principal conclusión de éste meta-análisis señala, que la angustia emocional causada por problemas de fertilidad u otros eventos de la vida cuando se está en tratamiento, no ponen en peligro la posibilidad de quedar embarazada. Sin embargo revelan datos de mejoría en el estado general con disminución de síntomas asociados a la angustia emocional.

5.4 Resultados de estudios nacionales

En este caso no se trata de investigaciones de casos propiamente, sino reseñas. Luna (2013), indica que la infertilidad deber ser un problema de salud pública, aunque no debe tomarse desde el punto de vista de la medicina pública, y deber asimismo tener una perspectiva inclusiva.

Centrándose en la infertilidad secundaria, de hecho indica que esta es la causa del 38% de la infertilidad a nivel mundial. Para lo que al estudio se refiere, existe una crítica hacia las posturas conservadores e incluso

progresistas que están contra las técnicas de reproducción asistida. Por estas razones, estos procedimientos se practican de manera discreta en Latinoamérica, con excepción de Costa Rica donde está prohibida.

Lo importante es que a nivel emocional la autora plantea que es necesario tomar en cuenta las posturas de las mujeres y la angustia que sufren, ya sea porque quieren abortar o por la frustración del deseo de quedar embarazadas, que tiene que tomar en cuenta la salud pública.

Ferrero (2012) indica que la infertilidad debe ser un problema en Costa Rica, donde una de cada cuatro parejas que desean tener hijos la padecen. Rechaza la idea de la fertilización in vitro y se orienta hacia la posibilidad de un sistema de salud integrado para combatir la infertilidad. Esto hace necesaria más investigación clínica y social. Agrega:

Para ejemplificar sucintamente las implicaciones de un abordaje como al que hago referencia, vale mencionar que la experiencia clínica ha logrado determinar, entre otras cosas, que una edad superior a los 30 años, así como la postergación de la resolución de un problema de infertilidad por más de 3 años son factores pronósticos negativos de gran importancia en la resolución de este problema. Desde un enfoque de salud pública, este conocimiento debería dar paso a una estrategia de comunicación social dirigida a los grupos poblacionales en los cuales se ha identificado la tendencia a postergar el intento de procreación para después de los 30 años de edad, al tiempo que se impulsara legislación y políticas en las áreas académica y laboral que

generen condiciones favorables para que las parejas se vean estimuladas a procrear antes de esa edad sin tener que pagar por ello un precio en su proyección académica y laboral (p 120).

Como se nota, Ferrero comenta sobre todo con respecto a políticas sociales que aumentan la fertilidad, más que proponer tratamientos o técnicas de reproducción asistida, y no ahonda en las causas, aunque si señala luego que es importante el estrés, nutrición inadecuada, obesidad, enfermedades de transmisión sexual, consumo de alcohol o drogas, y la desesterilización voluntaria, lo que para el autor significa que debe buscarse la forma de evitar que se den estos factores dentro de la población femenina.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Cuando se trata de infertilidad, los especialistas indican que la única alternativa con cierto nivel de éxito es la fecundación in vitro. En estos casos la terapia psicológica ayuda al bienestar de la mujer y su pareja, pero no se evidenciaron correlaciones directas, con significancia estadística, que demuestren una influencia en las probabilidades de fecundación.

En el caso de los estudios abordados, no dejan claro, la relación directa entre infertilidad y aspectos psicológicos, no se fundamenta que los desajustes emocionales y psíquicos, puedan provocar esta condición. Sin embargo, algunos autores han descrito que los factores emocionales son responsables de infertilidades de causa desconocida en un 5% de los casos. Estas conclusiones aunque controvertidas, empiezan a vislumbrar las complejas relaciones existentes entre los diferentes procesos psicológicos y el proceso reproductivo en los seres humanos.

En el caso de la subfertilidad, los aspectos asociados, responsables de crisis en la pareja, no son investigados con tanto ahínco, de igual manera, no se encontraron datos sobre casos de hombres infértiles. Lo que se reportan son aspectos relacionados con el bajo conteo de espermatozoides, las alteraciones endocrinas, o en el caso de la mujer la obesidad, la ansiedad y otros trastornos emocionales que deberían ser tratados previamente.

En estos casos, los tratamientos psicológicos pueden tener un mayor impacto si se emplearan desde el inicio del proceso, contrarrestando sintomatología depresiva y ansiosa.

Los estudios individuales y los metaanálisis, arrojan datos, que indican que desde hace varios años se ha buscado la relación entre estrés, ansiedad e infertilidad, y ofrecen asociaciones muy pequeñas, poco significativas y no concluyentes. A pesar de lo anterior, los resultados vinculan, estados emocionales negativos, que se manifiestan normalmente en forma de ansiedad y/o depresión y desesperanza, en personas con diagnóstico de infertilidad en tratamientos de reproducción asistida.

No se encontraron datos que sustenten, la relación entre las técnicas de reproducción asistida y el incremento de las posibilidades de que un niño nacido mediante este proceso, padezca de autismo o alguna otra patología. Los resultados no muestran ésta hipótesis como prevalente, ni tampoco se determina una relación causal entre el estrés previo a la aplicación de una prueba de embarazo, los resultados de ésta y una dificultad para quedar embarazada.

Como puede suponerse, en las mujeres de 40 años o más, existen menos probabilidades de lograr un embarazo y las tasas de éxito, en la aplicación de técnicas de reproducción asistida es mucho menor, por lo que el cuidado y el seguimiento tienen que redoblar.

La efectividad de los procedimientos de fecundación asistida, parece estar relacionada con aspectos sociales, culturales y académicos. Las personas con mayor nivel educativo, tienen mayor disciplina y compromiso en el

cumplimiento de las indicaciones del equipo tratante y se apegan mejor a los planes de tratamiento, asumiendo hábitos de vida saludable, que tanto en el hombre como en la mujer aumenta las expectativas de embarazo. Sin dejar de lado, que se demostró, que las personas con mayor nivel académico, muestran mayor adherencia al tratamiento y por lo tanto concluyen con mayor éxito los procesos.

Posterior a la revisión minuciosa de los estudios de casos, metaanálisis y revisiones sistemáticas, se puede determinar una posible interferencia del estrés y la ansiedad, en la disposición general de las mujeres a los tratamientos de reproducción asistida.

La literatura apunta, al hecho de que la infertilidad y los procedimientos para la fecundación asistida, exigen una elevada implicación emocional en la mujer y su pareja; los constantes fracasos y la culpabilidad hacen inmanejable la frustración, apareciendo fácilmente síntomas depresivos y ansiosos. Los fallos en las estrategias de afrontamiento, los asocian a una predicción de los resultados y a una percepción inadecuada del riesgo, provocando distrés psicológico y descontrol emocional.

La valoración integral, incrementa la posibilidad de adherencia y éxito en los ciclos de tratamiento, es importante que el abordaje cuente con un diagnóstico sobre aspectos físicos, psicológicos y sociales, que permitan conocer las características de cada sujeto y de la relación de pareja.

Las intervenciones de tipo psicológico, están dirigidas a reducir la ansiedad y el estrés mediante adecuadas técnicas para el control de las repuestas fisiológicas, estrategias de afrontamiento, y de reestructuración cognitiva. Los

cambios en el estilo de vida y el desarrollo actividades alternativas, hacen que la pareja disminuya los sentimientos de culpabilidad e impotencia, que son producto de la imagen social del rol asignado.

Programas de intervención psicológicas para personas infértiles o que se encuentren sometidas a terapias de reproducción asistidas, son realmente pocas. Dentro de los estudios, se encontraron algunas guías que formulan dentro de un compendio, planes con técnicas para tratar el malestar psicológico y emocional; sin embargo se cuenta con pocas propuestas basadas en la evidencia científica, sobre la efectividad de las terapias y la prolongación de sus efectos.

Finalmente, varios estudios, reflejan una diferencia significativa en la aparición de problemas psicológicos, emocionales y sociales vinculados a la infertilidad y lo tratamientos, en mujeres que en hombre. El estrés emocional, se experimenta en una proporción mucho más alta en mujeres que en hombres, y son ellas, quienes tienden a presentar desajustes graves, durante y después de las tecnologías de reproducción asistida.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES

A continuación se enumeran las siguientes conclusiones:

1. En primer lugar llama la atención, los escasos estudios sobre este tema a nivel nacional, la mayoría de literatura, refiere a estudios e investigaciones de otras latitudes. En esta misma línea, son pocos los estudios o revisiones que hacen referencia a la afectación psicológica, emocional y social en los hombres con una condición de infertilidad, siendo las mujeres, quienes acuden a los servicios de salud, a causa del estrés emocional y el malestar psicológico.
2. Entre mayor sea la percepción de estrés asociado a la vivencia de la infertilidad, mayor es el nivel alcanzado de psicopatología del estado de ánimo. Por lo tanto, los niveles de estrés global asociados a la vivencia de infertilidad no deben subestimarse, ya que los datos revelan, que en muchos casos, llevan a la aparición de síntomas de depresión y ansiedad, causando malestar clínicamente significativo.
3. Impera la necesidad de establecer un abordaje terapéutico integral, para las parejas que sufren debido a la infertilidad y a los procesos de reproducción asistida. La intervención psicología, en base a los datos hoy conocidos, debe ir dirigida por tanto a cubrir al menos dos objetivos fundamentales: la disminución del estrés asociado a la infertilidad y su tratamiento, como primer eje del abordaje, y en segundo lugar la contención en el proceso de la gestación.

4. El/la profesional en psicología tiene procurar que la relación de pareja sea estable y que exista un adecuado apoyo de redes sociales, incrementando el nivel de satisfacción de la pareja, para aumentar las posibilidades de éxito en los tratamientos de fecundación asistida, por aspectos relacionados con la motivación y la adherencia al tratamiento.
5. El manejo psicológico es diferente en los hombres que las mujeres por aspectos socio-culturales. En ocasiones el abandono pasivo de la terapia, es una forma de reducir el malestar que provocan los desajustes emocionales que supone un procedimiento de reproducción asistida, además el distanciamiento conductual, la distracción o la aparición de creencias irracionales pueden funcionar con elementos un efecto protectores ante el distrés emocional.
6. Finalmente, se evidencia la carencia de protocolos estandarizados para la atención de personas con una condición de infertilidad y subfertilidad, lo más preocupante es que los sistemas de salud, ofrecen alguna alternativa de intervención psicológica hasta que se someten a Terapias de Reproducción Asistida; dejando de lado un porcentaje considerable de la población, que no tienen acceso a ese tipo de procedimientos. Es decir, cuando las personas con éste padecimiento logran ser atendidos por un/una profesional en psicología, han experimentado altos niveles de estrés por tiempo prolongado sin abordaje alguno.

CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemaní, M. (2011). Problemas de salud reproductiva: Pareja estéril. Argentina, EUE LA FE.
- Armstrong, S., Akande, V. (2013). ¿Cuál es la mejor opción de tratamiento para las mujeres infértiles de 40 y más años de edad? *Revista de Reproducción asistida y Genética*. 30(5): 667-71
- Aznar, J. (2011). Consideraciones éticas en relación con la vida, el matrimonio y la ideología de género. Valencia, Universidad Católica de Valencia. Recuperado de http://es.slideshare.net/formacion_continua_ucv/consideraciones-ticas-en-relacin-con-la-vida-humana
- Barra, E. V. (2012). Estrés percibido, afrontamiento y personalidad resistente en mujeres infértiles. *LIBERABIT. Revista de Psicología*, 19(1), 113-119.
- Boivin, J., Griffiths, E., y Venetis, C. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*, 23;342:d223
- Borrás, S. (2003). Conductas de prevención y riesgo en parejas con problemas de infertilidad. Una propuesta de intervención conductual (inédito). Caracas: Artículo presentado en las VIII Jornadas de Investigación Humanística y Educativa.
- Brown, S., Clark, J.y Hart, R. (2013) Antioxidantes para la subfertilidad femenina. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 8*. Recuperado de <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPMainFrame.asp?DocumentID=CD007807&SessionID=0>

- Calva, P. (2009). Inseminación artificial, fecundación in vitro y embriones sobrantes. Catholic Net. Recuperado de <http://es.catholic.net/op/articulos/15065/inseminacin-artificial-fecundacin-in-vitro-y-embriones-sobrantes.html>
- Cambrón, A. (2000). Fecundación in vitro y agresiones al cuerpo de la mujer: una aproximación desde la perspectiva de los derechos. (Artículo incluido en el libro: Reproducción asistida: Promesas, Normas y Realidad. Ed. Trotta, Madrid. Recuperado de http://webs.uvigo.es/xenero/profesorado/ascension_cambron/vitro.pdf
- Del Castillo, M. (2009). Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo. *Anuario de Psicología*, 5, 41-48.
- F. Zegers-Hochschild, a. G. (2010). Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). OMS: *Red Latinoamericana de Reproducción Asistida*.
- Galán, I. y Núñez, M. (2009). Técnicas de reproducción asistida. Dilemas éticos. *Boletín de Pediatría. Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, VOL. XLIV N° 190 4.
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, P., Cunha, M., & Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human Reproduction*, 26(9):2408–2414.
- Giménez, V. (2010). Opinión de los pacientes. Actualización Obstetricia y Ginecología. Recuperado de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2010_reprod_07_opinion_de_los_pacientes_vgimenez.pdf
- Gómez, E., & Fernández, J. (2009) Fecundación In Vitro y Transferencia De Embriones (Fivet) Extraído de <http://dadun.unav.edu/retrieve/10196/license.txt>

INFAD *Revista de Psicología*, 1(1), 2013

- Jara, J. (2003). Dilemas éticos en reproducción asistida. Recuperado de http://www.aeu.es/userfiles/06_Reproduccion_Asistida.pdf
- Kraaij, V., Garnefski, N., & Vlietstra, A. (2009). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(1), 9-16.
- López, L., Alarcon, J., & Cubo, S. (2013). Análisis de la influencia de las variables psicopatológicas y de la personalidad en la infertilidad. Estudios piloto. *Revista Internacional de Psicología Evolutiva y de la Educación*.
- Louis, G., Lum, K., Sundaram, R., Chen, Z., Kim, S., Lynch, C., Schisterman, E & Pyper, C. (2011). Stress reduces conception probabilities across the fertile window: evidence in support of relaxation. *Fertility and Sterility*, 95(7)
- Luna, F. (2013). *Revista de Bioética y Derecho*. 28; 33-47.
- Lyall, K., Baker, A., & Walker, Ch. (2013). La infertilidad y sus tratamientos en asociación con trastornos del espectro autista: Una revisión y los resultados del estudio CARGO. *Salud Pública*, 10(8): 3715-3734.
- Más, J. et al. (2009) Aspectos éticos y legales de la reproducción asistida. Recuperado de http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etico/16.htm
- Matorras, R. (2014). Estudio y tratamiento de la pareja estéril. España. *Sociedad Española de fertilidad*. Recuperado de <http://nuevo.sefertilidad.com/recomendaciones/37.pdf>
- Matthiesen, S., Frederiksen, Y., Ingerslev HJ., & Zachariae R. (2011). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis *Human Reproduction*, 26(10): 2763–2776
- Mayorga, M. (2009). Desarrollo del vínculo en familias adoptivas desde la perspectiva de los padres. Estudio de casos. Tesis para optar al grado

académico de Licenciada en Psicología. San Pedro, Universidad de Costa Rica.

Melnick, H., Ditkoff, E. & Palta, V. (2010). Información sobre infertilidad y fertilización in vitro. *Servicios de Fertilidad Avanzada*. Recuperado de <http://es.slideshare.net/Teofilopolicarpo/informacin-sobre-infertilidad-y-fertilizacion-in-vitro>

Moreno, A. & Guerra, D. (2009). Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. Grupo de Interés en Psicología. Sociedad Española de Fertilidad. Recuperado de <http://nuevo.sefertilidad.com/grupos/siteAdmin/modules/publicaciones/uploads/0-guias%20.pdf#page=6>

Moreno, A., Guerra, D., Baccio, G., Giménez, & Dolz., P. (2009) Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. Grupo de Interés en Psicología Sociedad Española de Fertilidad. Recuperado de <http://nuevo.sefertilidad.com/descargas/guias%20.pdf>

Moreno-Rosset, C., & Castillo, M. (2011). Estados emocionales y afectivos en infertilidad: Un estudio comparativo con personas fértiles. *Psicología Conductual*, 19(3), 683-703.

Mutsaerts, M., Kuchenbecker, W., Mol, B., Land, J., & Hoek, A. (2013). Dropout is a problem in lifestyle intervention programs for overweight and obese infertile women: a systematic review. *Hum Reproduction*. 28(4):979-86

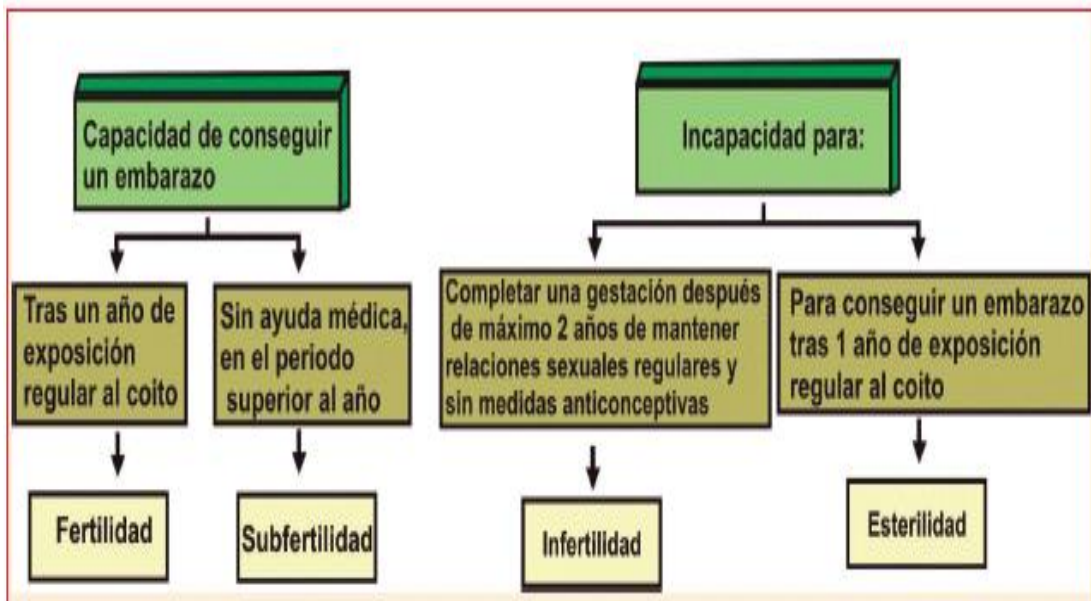
Oliveira, C. (2010). Variables psicológicas de la infertilidad. Tesis para optar al grado de doctora. Salamanca, Universidad de Salamanca. Recuperado de http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76548/1/DPPMMLHM_Oliveira_Alves_DC_Variables_psicologicas.pdf

- Peña, D. & Rodríguez, C. (2008) Aspectos éticos de la reproducción asistida. Extraído de <http://www.bibliomaster.com/pdf/1356.pdf>
- Regueiro, A., & Valerio, L. (2011). Intervención psicológica en casos de infertilidad femenina. *Escritos de Psicología*, 4(3), 27-35.
- Rollo, R. (2011). Maternidad, paternidad y conciliación en la CAE. Bilbao, Deusto. Recuperado de <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/otraspub/otraspub02.pdf>
- Tiplady, S., Jones, G., Campbell, M., Johnson S., & Ledger, W. (2013). Pruebas de ovulación de inicio y el estrés en las mujeres que intentan concebir: un ensayo controlado aleatorio. *Reproducción Humana*, 28(1):138-51. doi: 10.1093 / humrep / des37
- Van Geloven, N., Van der Veen, F., Bossuyt, P., Hompes, P., Zwinderman, A., & Mol, B. (2013). Podemos distinguir entre la infertilidad y subfertilidad la hora de predecir la concepción natural en parejas con un deseo insatisfecho de concebir un niño?. *Reproducción Humana*. 3(3):658-65.
- Verhaak, A., Lintsen, A., Evers, A., & Braat, D. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25(5):1234–1240.
- Wischmann, T., Korge, K., Scherg, H., Strowitzki, T., & Verres, R. (2012). A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment. *Human Reproduction*, 27(11): 3226–3232.

CAPITULO IX

9. ANEXOS

Anexo 1: Diferenciación entre los diversos niveles de capacidad e incapacidad para concebir.



Fuente: Mayorga (2010)

Anexo 2: Principales alteraciones en mujeres infértiles, durante los tratamientos de reproducción Asistida

| Tipo de Trastorno | Técnicas que han demostrado ser eficaces |
|--|--|
| Alteraciones del Estado de Ánimo (Disforia, Depresión) | <ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración Cognitiva - Inoculación de Estrés - Asesoramiento conjunto - Movilización de apoyos psicosociales - En caso de síntomas graves (ideación suicida, psicosis, no ganancia de peso): los riesgos del tratamiento con medicación pueden ser menores que los de no administrar medicación |
| Trastornos de Ansiedad | <ul style="list-style-type: none"> - Terapia Cognitivo-Conductual - Inoculación de Estrés - Reestructuración Cognitiva ideas catastrofistas. - Reducción estresantes psicosociales - Terapia de pareja |
| Trastornos de la Alimentación | <ul style="list-style-type: none"> - Recomendar que se evite la concepción hasta la desaparición de los síntomas - Terapia de Apoyo para reducir el malestar experimentado por los cambios en la figura corporal - Terapia Cognitivo-Conductual (especialmente efectiva en casos de bulimia) - Intervención farmacológica en los casos en el que el trastorno de la conducta alimentaria ponga en peligro a la mujer y/ feto, por desnutrición, aumento inadecuado del peso o desequilibrio electrolítico debido a los vómitos |

Fuente: Moreno y Guerra (2009)

Anexo 3: Guía de Historia Psicosocial Reproductiva en parejas infértiles

| Historia reproductiva | Historia sexual |
|---|---|
| <p>Infertilidad</p> <p>Infertilidad actual: primaria o secundaria</p> <p>Historia pasada de infertilidad</p> <p>Embarazo</p> <p>Número actual de hijos (incluye hijastros, adopciones, descendencia del donante, petición de adopción)</p> <p>Aborto(s) terapéutico(s)</p> <p>Aborto(s) espontáneo(s)</p> | <p>Frecuencia y respuesta</p> <p>Función/disfunción</p> <p>Influencia religiosa o cultural sobre los patrones sexuales o las creencias en torno a la procreación</p> <p>Historia sexual</p> <p>Función/disfunción</p> <p>Infecciones de transmisión sexual</p> <p>Donante anterior de esperma/madre subrogada/ consideraciones para el uso de donante de gametos</p> <p>Patrones de homosexualidad o bisexualidad</p> |

| Historia reproductiva | Historia sexual |
|--|--|
| <p>Otras pérdidas perinatales: SID, muerte del niño</p> <p>Embarazos de alto riesgo</p> <p>Historia de anomalías genéticas/cromosómicas</p> <p>Cáncer en el aparato reproductor y/o exposición a quimioterapia</p> <p>Anormalidades congénitas en el aparato reproductor</p> <p>Historia familiar de desórdenes genéticos</p> <p>Estado mental</p> <p>Historia psiquiátrica/psicológica</p> <p>Hospitalización por enfermedad psíquica</p> <p>Tratamiento psiquiátrico/psicológico</p> <p>Tratamiento con psicotrópicos</p> <p>Consumo de drogas</p> <p>Estado mental actual</p> <p>Síntomas de depresión</p> <p>Síntomas de ansiedad / ataques de pánico</p> <p>Síntomas de obsesión</p> <p>Uso actual de psicotrópicos</p> <p>Problemas actuales de consumo de drogas y adicción</p> <p>Cambios en el estatus mental</p> <p>Exacerbación de síntomas psiquiátricos anteriores</p> | <p>Cambios en cualquier patrón sexual secundario al tratamiento médico</p> <p>Estado de las relaciones matrimoniales</p> <p>Historia de matrimonios/divorcios</p> <p>Historia de problemas matrimoniales/terapia</p> <p>Relaciones extramatrimoniales</p> <p>Satisfacción/Insatisfacción actual</p> <p>Ambivalencia en torno al tratamiento médico y a las tecnologías de reproducción asistida</p> <p>Familiares</p> <p>Historia de familia disfuncional de origen</p> <p>Muertes y nacimientos recientes en la familia</p> <p>Historial de numerosas pérdidas familiares</p> <p>Sociales</p> <p>Sistema de apoyo social disponible</p> <p>Problemas o presiones profesionales</p> <p>Historia y/o problemas legales actuales</p> <p>Conducta criminal</p> |

Fuente: Borrás (2009).