



Trabajo Final de Grado

Pre-Proyecto de Investigación

**Efectos del acompañamiento psicológico durante tratamientos
con Técnicas de Reproducción Asistida**

Magdalena Silvariño C.I. 4.274.042-0

Docente tutor: Pablo López

Montevideo, Octubre de 2016

Índice

1. Resumen.....	2
2. Antecedentes y fundamentación.....	2
2.1 Aspectos psicológicos de la infertilidad.....	4
2.2 Consecuencias emocionales de la infertilidad.....	6
2.3 Intervenciones psicológicas sobre infertilidad.....	8
2.4 Derechos reproductivos e infertilidad.....	9
3. Objetivos.....	11
3.1 Objetivo general.....	11
3.2 Objetivos específicos.....	11
4. Justificación.....	11
5. Problema de Investigación.....	12
6. Diseño Metodológico.....	12
6.1 Consideraciones éticas.....	14
7. Cronograma.....	15
8. Referencias bibliográficas.....	17

Resumen

El presente proyecto de investigación busca aportar conocimiento a la problemática de la infertilidad desde una perspectiva que aún no se ha abordado en el Uruguay, como lo es la psicológica. Por medio de este estudio se pretende observar los efectos del acompañamiento psicológico sobre sujetos que se someten a tratamientos con Técnicas de Reproducción Asistida (TRA).

Para cumplir con dichos objetivos se elaboró un diseño metodológico cuasiexperimental de tipo cuantitativo con alcance exploratorio, el cual por medio de la aplicación de un cuestionario, permitirá medir el grado de desajuste emocional, así como los recursos adaptativos que presentan los usuarios que reciben acompañamiento psicológico durante la realización de los tratamientos con TRA. Estos resultados se compararán con los de un grupo de control, el cual no recibirá acompañamiento psicológico.

Considerando que en otros países se ha comprobado que el acompañamiento psicológico reduce la ansiedad durante el transcurso de los tratamientos, disminuye el porcentaje de abandono durante los mismos y que las mujeres logran quedar embarazadas antes y en un mayor porcentaje que las que sólo reciben tratamiento médico; la comparación de ambos grupos, experimental y de control, permitirá establecer si el acompañamiento psicológico tiene efectos positivos, o no, en las parejas que se someten a tratamientos con TRA en una clínica de fertilidad localizada en el departamento de Montevideo.

Palabras clave: infertilidad - TRA - efectos psicológicos

Antecedentes y fundamentación

En los últimos años en Uruguay se ha incrementado el interés público por el tema de la infertilidad, luego de un largo debate parlamentario con propósito de la aprobación de la ley N°19.167 sobre técnicas de reproducción humana asistida. En el año 1996 fue presentado el primer borrador de proyecto para esta ley, la cual fue aprobada en 2013, luego de la intensa lucha de distintas organizaciones y grupos de padres. Junto con la aprobación de dicha ley se han instalado distintas posiciones y debates sociales controversiales acerca de la maternidad, la paternidad, así como sobre la familia y el rol que cumple hoy en día la ciencia en la fertilidad.

Para Parada (2006) “la infertilidad se considera como la inhabilidad para procrear después de un año de vida sexual activa no protegida por algún tipo de contracepción, determinada por uno o varios factores susceptibles en muchos casos de ser corregidos” (p.151). Según un informe comparativo de la Organización Mundial de la Salud, en el año 1990 eran 42

millones las parejas afectadas por la infertilidad. Esa cifra se ha ido incrementando hasta llegar a 48,5 millones en el año 2010 (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel y Stevens, 2012).

Según Calero y Santana (2006): “La presencia de un hijo en la vida de la mayoría de las personas constituye un elemento de suma importancia, fundamentalmente por los múltiples significados sociales y culturales que esta representa” (párrafo 1). El significado que le da cada individuo a la paternidad/maternidad, así como a la infertilidad ha variado dependiendo de diversos factores que a su vez se relacionan entre sí, como lo son por ejemplo: la sociedad y época en la que viven, ya que el significado de estos conceptos es una construcción social y cultural; de acuerdo al género, debido a que la vivencia es distinta para las mujeres y para los hombres; cuál de los miembros de la pareja presenta el factor de infertilidad, etc.

La perspectiva de género permite visualizar los roles diferenciados y esperados socialmente para la mujer y el hombre, así como el sentir de cada uno de ellos con respecto a la paternidad/maternidad.

Según Olavarría:

Para las mujeres suele ser sinónimo de desarrollo de su papel materno, de protección, afecto y educación, mientras para los varones tiende a tener un significado más dirigido a sentimientos de poder, de patriarcado, de protección, de proveedor, de arribo a la plenitud de la hombría, como ente eminentemente masculino. (Citado por Díaz y García, 2011, p.108)

Calero y Santana (2006) explican cómo para los varones ser padres es una parte fundamental de su identidad masculina, ya que la misma requiere una autoconfirmación constante que varía dependiendo de la etapa vital en la que el hombre se encuentre, así como la necesidad de una aprobación externa constante de su masculinidad, ya que se dudaría de la hombría de un varón que no cumpliera con el mandato social de tener hijos; el cual a su vez perpetúa el modelo tradicional hegemónico. Esto puede conllevar sentimientos de inferioridad y baja autoestima en los varones por no poder formar la tan anhelada familia, en la cual él tendría los roles de procreador y proveedor. Como consecuencia en algunos casos podría derivar hasta en la disolución de la pareja, ya que para muchos hombres lo que le da sentido a la pareja y hace que adquiera el significado de familia es la descendencia.

En el caso de la mujer, según Díaz y García (2011), la mujer infértil es sinónimo de mujer vacía, ya que lo que se espera socialmente de toda mujer es que cumpla con su papel de madre y reproductora de la especie. Desde el punto de vista social y de la pareja esta es la condición que garantiza la estabilidad familiar y vital para que la pareja continúe como tal. Cuando esto no se cumple, en el interior de la pareja se pueden dar crisis del orden emocional, psíquico y sexual; reforzando así el sentimiento de la mujer de mayor

responsabilidad en la búsqueda de ayuda para poder conseguir su fin y la visualización de la infertilidad como un evento femenino. En muchos casos cuando la función de madre no se puede alcanzar, se ve dañada la autoestima de la mujer y esta se deprime y se frustra por no poder cumplir con el mandato social para el cual fue preparada. “A la mujer se le educa para la casa, asumiendo papeles de buena madre y esposa, los que conforman el eje de la subjetividad femenina.”(Díaz y García, 2011, p.110)

Aspectos psicológicos de la infertilidad

Según Arranz-Lara, Blum-Grynberg y Morales-Carmona (2001):

...desde el momento del diagnóstico, hasta que se llevan a cabo todos los tratamientos para la esterilidad, se presentan determinados síntomas y manifestaciones que constituyen procesos complicados desde el punto de vista psicológico: estrés, angustia, depresión, resignación, pérdida de la autoestima, entre las manifestaciones más importantes. Estas manifestaciones psicológicas inciden también en la pareja, la familia, y muchas veces, en sus relaciones sociales y laborales (p.134).

Tanto para hombres como para mujeres, el diagnóstico de infertilidad implica la imposibilidad de satisfacer su 'deseo de maternidad y paternidad' (Muñoz, D., Kirchner, T., Forns, M., Peñarrubia, J. y Balasch, J., 2009). Si bien los tratamientos pueden llegar a revertir esa condición, no en todos los casos estos son exitosos. Además, como explica Parada (2006) en algunas oportunidades a pesar de los estudios realizados, no se llega a encontrar el motivo de la infertilidad, esto implica que las opciones y las probabilidades de embarazo sean inciertas tanto para la pareja como para los especialistas. Y por lo tanto “para unas parejas significará el inicio de un largo período en el cual está presente un dolor emocional casi constante” (Parada, 2006, p.152).

Kentenich indica que son cuatro las características que más se repiten en los servicios de orientación en infertilidad:

a) el foco central de la consulta es un deseo u objetivo vital que no se ha logrado, con la tensión existencial que implica; b) el deseo de tener un hijo puede implicar conflictos éticos similares a los que se plantean en el contexto de la adopción, entre los “mejores intereses del niño/a” y los deseos de sus padres (...) c) los repetidos ciclos de tratamiento médico que son frecuentemente necesarios durante períodos de tiempo prolongados, y los reiterados fracasos, provocan estrés emocional, a veces intenso, que llega a desestructurar el ajuste psicológico de los consultantes; y d) los procedimientos diagnósticos y el tratamiento médico de la infertilidad tienen un impacto importante en la vida íntima de la pareja, afectando a sus dinámicas de relación, la sexualidad y su capacidad para afrontar y resolver las situaciones estresantes de los tratamientos. (Citado por Ávila y Moreno-Rosset, 2008, p.188)

Refiriéndose a la infertilidad Parada (2006) afirma que:

“...el diagnóstico tiene una connotación semejante a un estado patológico frente al cual hay que asumir actitudes, sostener procedimientos, dar cuenta de avances o mejorías, y todo ello causa presiones...” (p.152). Desde el momento en que la pareja comienza los tratamientos con TRA de alta complejidad, se experimentan cambios en la rutina de ambos miembros de la pareja. Las distintas etapas de los tratamientos tienen tiempos singulares, desde la medicación que en algunos procesos debe aplicarse diariamente y en el mismo horario, la estimulación ovárica, la extracción de ovocitos, etc., cada paso en el procedimiento debe ser en determinados períodos de tiempo y en horarios precisos para tener mayores posibilidades de éxito; teniendo una repercusión no sólo en la vida personal de la pareja, sino también en la laboral, debiendo solicitar en muchos casos permisos para ausentarse del puesto de trabajo para poder llevar adelante el tratamiento.

Para Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro, y Ávila (2008), cuando un nuevo tratamiento inicia hay en las parejas ilusión, esperanza, simboliza un comienzo y una nueva posibilidad. Sin embargo estos autores también indican que durante la espera de los resultados del tratamiento en curso, se vive un estado de preocupación y obsesión, seguidos por “la desilusión, la tristeza y la frustración cuando el tratamiento no ha tenido éxito” (Antequera et al., 2008, p.169). “Si se trata de una infertilidad no tratable, su respuesta puede ser casi semejante al dolor de la muerte: la pérdida del niño soñado, de la salud reproductiva, de la experiencia de un parto, del amamantamiento, etc.” (Parada, 2006, p.152).

Para Klock y Greenfield (2000) en el caso de los tratamientos de FIV (fecundación in vitro) hay “3 momentos psicológicamente significativos en los que pueden activarse los niveles de estrés y distintas respuestas emocionales. Estos momentos coinciden con la puesta en marcha del tratamiento, la transferencia de embriones y el resultado de la prueba de embarazo (β - HCG)” (Citado por Muñoz et al., p.99). Otros autores como Domar, explican que en algunos casos las pacientes sometidas a procedimientos de FIV como respuesta al estrés refieren malestar físico. “Las quejas por dolor, fatiga, tensión muscular, y pérdida de apetito, son comunes entre mujeres que se encuentran realizando tratamientos de FIV”¹(Citado por Chan, Ng, Chan, y Chan, 2006, p.339).

Según Parada (2006) cuando las parejas se enfrentan con el diagnóstico de infertilidad atraviesan “etapas experienciales emocionales”, entre las cuales se destacan: el **Estado de shock**, si bien muchas veces ya sospechan que pueda haber algún problema para procrear, la infertilidad es difícil de aceptar y se vive un sentimiento de incredulidad. La **Negación**, creen que el diagnóstico no es correcto. La **Culpa**, es la etapa en la que se buscan motivos que hayan podido provocar la infertilidad, como lo son distintas conductas del pasado; si se identifica a unos de los miembros de la pareja como infértil, este puede sentir culpa por estar

¹ Traducción propia.

privando a su pareja de tener hijos. La **Culpabilización**, algunas veces cada miembro de la pareja puede señalar al otro como culpable de esta condición. La **Desesperanza**, se manifiesta generalmente cuando el ciclo o los ciclos de tratamiento no son exitosos y está asociada con depresión. La **Pérdida de control**, al recibir el diagnóstico de infertilidad se produce un sentimiento de pérdida de control sobre la propia vida, así como incertidumbre sobre el futuro y el proyecto de vida imaginado. La **Soledad**, sucede cuando no se logra una comprensión y apoyo del entorno social y familiar; además en muchas ocasiones la pareja se aísla para no tener contacto con otras parejas o familiares fértiles, ya que estos vínculos les pueden provocar sentimientos de rabia o envidia. La **agresión**, durante el tratamiento pueden aflorar sentimientos como los ya mencionados hacia las parejas que sí son fértiles, así como de impotencia y frustración que pueden derivar en actitudes hostiles para quienes rodean a la pareja. Y la **aceptación**, es la etapa en la cual la pareja luego de varios intentos de tratamientos fallidos logra aceptar la infertilidad y comienzan a reestructurar su vida emocional. Terminando también así con un proceso angustiante y provocador de tensiones.

Para Mahlstedt (citado por Parada, 2006, p.152),

Las parejas envueltas en los diagnósticos que inician los procesos de fertilidad asistida empiezan a vivenciar un periodo de espera ansioso en el cual lo principal de la vida de estas parejas es la infertilidad y la no concepción, y algunas veces les es difícil pensar en ellos mismos, excepto en sus papeles como personas infértiles.

Consecuencias emocionales de la infertilidad

La infertilidad se vive como una crisis vital que provoca alteraciones emocionales similares a las de otras enfermedades, que en algunos casos se han llegado a igualar a las que viven los pacientes oncológicos. Afecta a los individuos tanto a nivel personal y en la relación de pareja, así como a nivel familiar, teniendo como consecuencias más frecuentes la ansiedad, la depresión y el estrés; las cuales continúan y se intensifican durante los tratamientos de reproducción asistida. Según Guerra:

Se estima que entre el 59.60 y el 67% de las mujeres remitidas a servicios de infertilidad presentan también problemas de ansiedad y alguna comorbilidad psiquiátrica. Asimismo, dichos problemas aumentan cuanto mayor es el número de ciclos de tratamiento de infertilidad, especialmente en momentos clave de las técnicas de reproducción asistida, como la extracción de óvulos y la transferencia de embriones (Citado por Regueiro y Valero, 2011, p.28).

A decir de Antequera et al. (2008) es importante diferenciar entre las alteraciones psicopatológicas y este tipo de alteraciones emocionales, ya que estas últimas están asociadas al diagnóstico y posterior tratamiento con Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) y por lo tanto, debido al paso del tiempo, la repetición de los tratamientos, etc., se encuadran mejor en

el concepto de desajuste emocional. El término “desajuste emocional” hace referencia a las “posibles alteraciones que pueden presentarse a nivel emocional, fruto de la necesidad de hacer frente a un hecho estresante, que no reúnen las características ni los criterios necesarios para poder ser considerados trastornos psicopatológicos” (Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera, y Flores, 2008, p.180).

Uno de los factores que contribuyen a la aparición de dichas alteraciones emocionales es el tiempo. Desde que la pareja decide tener hijos hasta el momento en que consultan porque no lo logran en muchos casos pasa más de un año. A este período de tiempo, se suma el de la realización de distintos estudios para confirmar la infertilidad y poder llegar a un diagnóstico. Dependiendo del resultado de dichos estudios se evalúa el tipo de TRA a utilizar y hay que tener en cuenta que cada ciclo de tratamiento puede durar entre 30 y 60 días desde el comienzo del mismo hasta la confirmación o no del embarazo. También es importante considerar que entre los distintos intentos de tratamiento se deben dejar períodos de descanso ovárico.

Los estudios de detección son largos y algunos de ellos dolorosos, los costos son altos y, sobre todo, son pocas las probabilidades de éxito (...). Todo lo anterior hace que el proceso de fertilización sea considerado como estresante y con periodos de ansiedad y depresión. (Arranz-Lara, Blum-Grynberg, y Ito, 2011, p.30)

El tiempo biológico de la mujer, genera un estrés adicional, ya que la edad promedio en que la mujer decide concebir ha aumentado; según Burgo-Olmedo, Chillik, y Kopelman (2003) “las mujeres desean quedar embarazadas a una edad de aproximadamente 35 años, momento en el cual la fertilidad comienza a declinar” (p.229). Es importante tener en cuenta también que en cada ciclo menstrual la tasa de fertilidad es de alrededor de 20% y que de acuerdo con Cruz y Gindoff (citado por Brugo-Olmedo et al., 2003, p. 230) “La declinación de la fertilidad femenina comienza a los 30 años de edad y se hace más pronunciada a los 40”.

El ya mencionado tiempo de espera desde que se comienza a intentar el embarazo hasta que efectivamente se empiezan a realizar los tratamientos de reproducción asistida es muy variable, depende del tiempo que demore la pareja en solicitar ayuda para lograrlo, así como el ya mencionado tiempo necesario para establecer el diagnóstico (en caso de que se llegue a uno) y la TRA más conveniente para el caso en particular, las cuales implican distintas etapas y tiempos de tratamiento. Como consecuencia de todo este proceso se da un aumento en la edad de la mujer, disminuyendo así las probabilidades de un tratamiento exitoso.

Intervenciones psicológicas sobre infertilidad

En la actualidad se llevan a cabo distintos tipos de acompañamiento psicológico con el fin de brindar apoyo a los usuarios de servicios de reproducción asistida. Los mismos a decir de Ávila y Moreno-Rosset (2008) son importantes para "...facilitar la adherencia a los tratamientos médicos, contribuyendo a construir condiciones psicológicas y psico-sociales idóneas..." (p.187) para los pacientes que se someten a tratamientos de reproducción asistida. Desde el punto de vista clínico, el psicólogo puede ayudar a los pacientes a comprender mejor la información brindada por los médicos, por otra parte, también colaboran con el manejo de ansiedades que la condición de infertilidad puede aparejar, enseñando por ejemplo técnicas de relajación y ayudando a los pacientes a descubrir estrategias de afrontamiento adecuadas, etc.

En los países occidentales se han llevado a cabo intervenciones psicosociales en las cuales se han utilizado grupos de apoyo, en estos grupos mientras el facilitador o el terapeuta proveen técnicas para reducir el estrés, fomentan también el apoyo de las pacientes integrantes del grupo y sus parejas. (Shapiro)(Lentner y Glazer) (Citados en Chan et al., 2006) Stoleru et al. afirman que: "Las parejas que se sometieron a intervenciones psicosociales de técnicas de relajación, control de estrés y psico-educación tuvieron una tasa de embarazo mayor con tratamientos de FIV, especialmente para las mujeres que tenía una infertilidad inexplicable"² (Citados por Chan et al., 2006, p. 340).

Chan et al. (2006) han desarrollado un modelo de intervención llamado EBMS (Eastern Body-Mind-Spirit) para los pacientes chinos, que consiste en una forma de terapia de grupo psico-educativa. Algunos de los componentes terapéuticos son: 1. mini-lecturas de la medicina china tradicional, con un enfoque de salud que implica un estado de armonía del cuerpo y la mente; 2. se enseña a las parejas técnicas de reducción de estrés por medio de ejercicios de tai-chi, meditación y técnicas de respiración; 3. se realizan actividades de canto, escritura y dibujo, con el fin de resignificar las experiencias negativas; 4. los materiales de lectura son extractos de escrituras filosóficas chinas antiguas, cuya temática tiene que ver con el sufrimiento y el sentido de la vida. El propósito de este tipo de intervención es dar a los pacientes de FIV la posibilidad de repensar el sentido de la maternidad, reducir la ansiedad y el nivel de expectativas que tienen sobre el tratamiento al cual se someterán.

Las mujeres que formaron parte de este grupo de intervención tuvieron una mejora significativa en cuanto a su bienestar psicosocial durante la realización de la FIV, aliviando la ansiedad situacional, que es la que se experimenta normalmente durante este tipo de

² Traducción propia.

tratamiento. Se pudo observar una disminución significativa de la ansiedad situacional del grupo en los días de estimulación ovárica, así como de transferencia de embriones, demostrando de esta manera la efectividad de este modelo de intervención para reducir los altos niveles de ansiedad que se suelen experimentar en ambos momentos del tratamiento (Chang et. al., 2006).

Otro programa de acompañamiento psicológico es el Programa Mente-Cuerpo, llevado a cabo en Boston por la Dra. Domar y colaboradores, este tiene una orientación conductivo-conductual y una duración de diez sesiones de dos horas. Está dirigido a pacientes que se encuentran en cualquier etapa del proceso de infertilidad, en este caso las sesiones se realizan sólo con la mujer, pudiendo de todas formas asistir la pareja de la paciente en dos oportunidades.

Las técnicas que se utilizan son la relajación, el ejercicio físico, el incremento de emociones positivas, la reestructuración cognitiva, la expresión de emociones, estrategias para expresar y manejar los temores, yoga, reducción de estrés a través del humor o potenciar la autoafirmación (Regueiro y Valero, 2011, p.29).

Luego de la aplicación de este programa Domar afirma que las mujeres que formaron parte del mismo lograron quedar embarazadas antes y en un porcentaje mayor que las pacientes que sólo tuvieron tratamiento médico, sin acompañamiento psicológico.

Por otra parte Dolz y García, llevan adelante un Programa de Apoyo Psicológico, que tiene una duración de ocho sesiones y está dirigido a parejas infértiles. En el mismo se brinda información específica, se explican distintos ejercicios de relajación, autocontrol y entrenamiento de habilidades personales. Los datos recogidos indican un mayor porcentaje de embarazos en pacientes pertenecientes al programa, así como un menor porcentaje de abandono de los tratamientos (Regueiro y Valero, 2011).

Derechos reproductivos e infertilidad

A pesar de ser derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos permanecieron invisibilizados durante muchos años en los programas de discursos internacionales. A decir de Petchesky (2000) “...antes de 1993, la sexualidad de cualquier tipo o manifestación estuvo ausente del discurso de los derechos humanos internacionales.” (p.2) La misma autora indica cómo la Declaración de Viena y la Declaración sobre la Violencia contra la Mujer fueron acontecimientos fundamentales para que “lo sexual” fuera introducido en el escenario de los derechos humanos, si bien fue en 1994 en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), “...que la sexualidad comenzaría a infiltrarse en los documentos internacionales como algo positivo, no violento, abusivo –o santificado– ni oculto dentro del matrimonio heterosexual y el parto” (Petchesky, 2000, p.3).

Como plantea la Comisión Nacional de Seguimiento (2005) y siendo el resultado de años de luchas sociales de distintas organizaciones como el Movimiento de Mujeres, luego de la CIPD, se introdujo el concepto de Salud Reproductiva y los asuntos de población dejaron de ser de interés puramente demográfico como lo habían sido hasta ese momento. Junto con el informe de la CIPD, se redacta un plan de acción con objetivos y medidas específicas. Dentro de las medidas establece que:

Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse porque la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: (...) prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad (p.38, párrafo 7.6).

Por lo tanto, ya en el año 1994, se instaba a los gobiernos a que por medio de sus sistemas de salud, tanto pública como privada, se faciliten entre otros, los tratamientos de reproducción asistida como medida para combatir la infertilidad. Sin embargo, son pocos los países en los que al día de hoy se encuentran reguladas dichas prácticas y menos aún los que las integran como prestación de salud, teniendo como consecuencia un acceso desigual a las mismas.

En el año 2010 se reglamentó en Uruguay la Ley N°18.426 de 2008, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, la cual implicó que comenzaran a implementarse los servicios correspondientes como prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La aprobación de esta ley junto con otras como lo son la de Licencia por Maternidad y Paternidad, la de Interrupción Voluntaria del Embarazo, así como la del Matrimonio Igualitario, son ejemplos de que se está avanzando en el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, aunque todavía hay mucho por hacer en este plano (MYSU, 2014).

En este contexto en el año 2013 se aprueba también en Uruguay la ley sobre técnicas de reproducción humana asistida, Ley N°19.167, por medio de la cual se regula la utilización de las mismas y la posibilidad de acceso a procedimientos de baja y alta complejidad por medio del SNIS en las instituciones públicas o privadas previamente habilitadas por el Ministerio de Salud Pública para dicho fin. Según Viera (2015) en Uruguay se logró el primer nacimiento por fertilización in vitro en el año 1990. Solamente hay cuatro clínicas privadas que realizan procedimientos de reproducción asistida, localizándose las mismas en los departamentos de Montevideo y Salto. Desde el año 1986 al 2013, sólo se podía acceder a la utilización de TRA en nuestro país por medio del pago de dichos servicios en centros privados y con un alto costo económico.

El artículo N° 3 de dicha Ley indica que:

(Deber del Estado).- El Estado garantizará que las técnicas de reproducción humana asistida queden incluidas dentro de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud con el alcance dispuesto en la presente ley.

Esta ley establece que los procedimientos de baja complejidad serán realizados en los prestatarios de salud que forman parte del SNIS y los de alta complejidad en clínicas privadas, con un subsidio económico parcial o total, en hasta tres oportunidades, por medio del Fondo Nacional de Recursos. Esto permite una mayor accesibilidad para toda la población.

Objetivos

Objetivo general

Establecer si el acompañamiento psicológico tiene efectos positivos en las parejas que se someten a tratamientos de Reproducción Humana Asistida.

Objetivos específicos

Evaluar el ajuste emocional y los recursos adaptativos de las parejas infértiles antes de comenzar los tratamientos con TRA.

Medir los cambios emocionales y adaptativos que se producen durante el proceso de diagnóstico y tratamiento con TRA.

Analizar los efectos originados por la intervención psicológica durante los procedimientos con TRA.

Justificación

A pesar de que en el Uruguay el tema de la infertilidad ha tomado mayor relevancia a nivel político y social en los últimos años y que la ley de técnicas de reproducción humana asistida se aprobó en el año 2013, no se han podido encontrar en la revisión de la literatura investigaciones realizadas en el país que constituyan algún tipo de aporte a este tema desde la Psicología. No obstante, autores como Jenaro et. al. (2008) consideran que: “La evaluación psicológica es necesaria para detectar los principales problemas asociados a la infertilidad y para poner en marcha intervenciones adecuadas” (p.176). El presente estudio pretende aportar información sobre la importancia del acompañamiento psicológico en los procesos de reproducción humana asistida y cómo este influye, o no, sobre quienes deben someterse a este tipo de tratamiento.

La revisión de la literatura indica que, en otros países, la presencia de psicólogos que brindan apoyo en las unidades de reproducción asistida ha sido de gran ayuda para la reducción de los efectos que causan las distintas etapas del tratamiento sobre el psiquismo de quienes participan en ellos. El desajuste emocional que viven las parejas que se someten a tratamientos con TRA es variable de acuerdo a: a) el significado que dan ambos miembros de la misma a la maternidad/paternidad; b) a la existencia de patologías de base; c) a la cantidad de ciclos de tratamiento efectuados; d) al apoyo y contención que reciben durante estos procesos, etc. “En el ámbito de la infertilidad, se ha constatado que la percepción de apoyo social y la búsqueda de dicho apoyo explica una significativa cantidad de varianza en el ajuste de las parejas con problemas de infertilidad” (Maillet, 2003; Peterson, 2006) (Citados en Jenaro et. al., 2008, p.178).

Los estudios realizados han concluido que el acompañamiento psicológico y los distintos tipos de intervención planteados por estos profesionales aumentan las tasas de adherencia de los pacientes a los tratamientos y en algunos casos hasta incrementan la tasa de embarazos exitosos. Por estos motivos es que llegar a tener mayor información y conocimiento sobre este tema sería de gran relevancia en el Uruguay, para así poder generar nuevas políticas de salud que respalden a los usuarios del SNIS que necesitan de estos tratamientos.

Problema de investigación

Considerando que el tratamiento de la infertilidad por medio de la utilización de TRA conlleva, en muchos casos, consecuencias psicológicas para los usuarios de los mismos, interesa indagar en las repercusiones que tiene dicho proceso, así como medir el resultado que tienen las intervenciones psicológicas durante los mismos.

Este proyecto parte de la hipótesis de investigación de la diferencia entre grupos, ya que se quiere probar cómo el acompañamiento psicológico en el grupo experimental y la falta del mismo en el grupo de control, tienen distintos efectos en los sujetos que se someten a tratamientos con TRA. En el caso del grupo experimental el efecto positivo del acompañamiento psicológico se vería reflejado, por ejemplo, en un mayor ajuste emocional en cuanto a la condición de infertilidad, así como en una mayor adherencia a los tratamientos.

Diseño metodológico

Para la consecución de la presente investigación se propone la utilización de metodología cuantitativa. Según Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio (2006) la metodología de investigación cuantitativa “...nos ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, nos otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de éstos” (p.21).

El alcance de este estudio será exploratorio, ya que su objetivo es indagar sobre un tema que no ha sido estudiado en el Uruguay como lo es el acompañamiento psicológico en los tratamientos con TRA. Permitiendo familiarizarnos con el mismo y realizar una investigación más completa en el contexto particular de una clínica privada en la que se realicen tratamientos con TRA de alta complejidad, pudiendo de esta manera aportar una nueva perspectiva en el estudio de la infertilidad.

En el caso de la presente investigación se aplicará un diseño experimental, ya que el mismo permite explicar cómo una determinada situación afecta a quienes participan en ella y comparar con quienes no lo hacen. Por lo tanto se contará con un grupo experimental de pacientes que recibirán tratamientos con TRA al cual se le brindará apoyo psicológico y un grupo de control que llevará a cabo el tratamiento sin ningún tipo de intervención psicológica. Ya que los tratamientos con TRA tienen duraciones muy variables dependiendo del tipo de TRA a utilizar, así como del éxito del tratamiento, en el presente estudio se medirán los efectos psicológicos de dichos tratamientos con una duración acotada de hasta 2 años.

Dentro de la clasificación de los diseños experimentales, podemos clasificar el presente estudio como cuasiexperimental, ya que los grupos estarán formados por quienes vayan a hacer uso del servicio y no conformados expresamente para la presente investigación.

Según Aedo (2005):

Es importante destacar que bajo un diseño cuasi experimental los grupos de tratamiento y de comparación no se seleccionan al azar. Por lo tanto, se deben (...) emplear técnicas de matching para crear un grupo de comparación que sea lo más similar posible al grupo de tratamiento (p.17).

Para realizar este matching (o emparejamiento) se compara la situación de cada participante con la de individuos que tengan atributos similares (Aedo, 2005). Por lo tanto en el presente estudio se tendrán en cuenta atributos como: nivel socio-económico, edad, situación conyugal, tipo de infertilidad y tiempo transcurrido desde el comienzo de la búsqueda del embarazo.

La cantidad de participantes en el grupo experimental debe ser de aproximadamente 30 sujetos, contando con una cantidad mayor en el grupo de control, contemplando los factores de “mortalidad experimental”, al existir la posibilidad de retirarse personas pertenecientes al grupo de control (Campbell y Stanley, 1995). En el caso de este estudio los factores de mortalidad experimental en el tiempo de duración del mismo podrían ser: que sujetos del grupo de control abandonen el tratamiento con TRA, que los mismos soliciten acompañamiento psicológico durante los ciclos de tratamiento, que se logre el nacimiento de un bebé vivo.

El instrumento de medición a utilizar será el DERA, cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad, el cual permite valorar las posibles alteraciones emocionales que pueden presentarse durante un hecho estresante como lo es en este caso la infertilidad y la consecución de tratamientos con TRA. El mismo mide tanto el Desajuste Emocional como los Recursos Personales e Interpersonales, los cuales sumados componen los Recursos Adaptativos. “El DERA es un instrumento compuesto por 48 elementos con respuestas en una escala Likert de 5 puntos que permite conocer el grado de acuerdo del individuo con cada uno de los enunciados que se le presentan” (Jenaro et. al., 2008, p. 180). Dicho cuestionario se puede aplicar de forma individual o colectiva, tanto a mujeres como a hombres infértiles, mayores de 18 años, permitiendo valorar el estado emocional de los miembros de la pareja al inicio y durante todo el proceso de tratamiento como forma de evaluación psicológica: “...además de detectar parejas infértiles de riesgo, o con una psicopatología desarrollada, es sensible a los posibles cambios derivados del paso del tiempo, o de la intervención psicológica, permitiendo al psicólogo corroborar la eficacia de la psicoterapia aplicada” (Jenaro et. al. 2008, p.180). Por este motivo se aplicará el cuestionario DERA al comienzo de la investigación, durante la realización de los tratamientos y sobre el final del período de 2 años establecido para la presente investigación.

Luego de la aplicación del cuestionario se obtiene un registro de las puntuaciones totales en cada dimensión. Las puntuaciones bajas en Desajuste Emocional indican que no se encuentran procesos psicopatológicos relacionados con ansiedad o con trastornos del estado de ánimo, mientras las altas indican presencia de estados emocionales negativos y sentimientos de inseguridad sobre su capacidad para el afrontamiento de problemas. Por otra parte las bajas puntuaciones en la medición de Recursos Personales (RP) indican poca disposición a tener una actitud activa ante los problemas. En el caso de los Recursos Interpersonales (RI), las puntuaciones bajas denotan limitaciones en la red social y de apoyo del sujeto o aislamiento. Por último, de la suma de RP y RI se obtiene el factor Recursos Adaptativos (RA), en el cual las puntuaciones bajas indican la ausencia de estrategias de afrontamiento frente a situaciones estresantes, mientras que las puntuaciones elevadas en los tres factores RP, RI y RA hacen referencia a la presencia de estrategias y actitudes de afrontamiento eficaces. (Jenaro et. al., 2008).

Consideraciones éticas

Debido a que la investigación se realizará con seres humanos, se tendrán en cuenta las consideraciones éticas establecidas en el Decreto del Poder Ejecutivo CM/515 del 04 de Agosto de 2008, que tiene como fin regular la investigación en seres humanos, asegurando la protección de los mismos. Basándonos en éste se redactará y solicitará la firma de los participantes de este experimento, de un consentimiento informado en el cual se brindará la información necesaria acerca del presente estudio, así como los posibles riesgos y beneficios

esperados. En el mismo se asegurará la confidencialidad de los datos personales e información recabada durante la investigación, teniendo así constancia de la participación libre y voluntaria de los sujetos que formen parte de la investigación, aclarándose a éstos que pueden abandonar la misma en cualquier momento y sin necesidad de justificación.

Se respetarán también los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, buscando un máximo de beneficios y evitando cualquier daño previsible durante la consecución del experimento.

En las investigaciones que involucran a seres humanos existe riesgo de que se produzcan eventuales daños inmediatos o tardíos. Ya que el presente estudio procurará generar conocimiento sobre un problema que afecta el bienestar psíquico de los participantes, en la evaluación riesgo/beneficio se considera que el beneficio esperado será mayor que el riesgo de daño. Si como consecuencia del presente estudio se produjera cualquier tipo de efecto negativo sobre los participantes, se brindará la posibilidad a los mismos de recibir la atención necesaria para paliar los daños provocados.

Cronograma

Mes 1	Profundización de lectura y ampliación de marco teórico.
Mes 2	Profundización de lectura y ampliación de marco teórico/Elaboración de consentimiento informado.
Mes 3	Selección de clínica de fertilidad y captación de parejas participantes.
Mes 4	Selección de clínica de fertilidad y captación de parejas participantes.
Mes 5	Emparejamiento de grupos experimental y de control.
Mes 6	Emparejamiento de grupos experimental y de control/1ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 7	1ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 8	Sumatoria de puntuaciones de los sujetos en cada dimensión/Sistematización de datos 1ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 9	Sistematización de datos 1ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 10	Análisis de la información resultante de 1ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 11	Elaboración de informe sobre 1ª aplicación de cuestionario DERA.

Mes 12	2ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 13	2ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 14	Sumatoria de puntuaciones de los sujetos en cada dimensión/Sistematización de datos 2ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 15	Sistematización de datos 2ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 16	Análisis de la información resultante de 2ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 17	Elaboración de informe sobre 2ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 18	3ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 19	3ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 20	Sumatoria de puntuaciones de los sujetos en cada dimensión/Sistematización de datos 3ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 21	Sistematización de datos 3ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 22	Análisis de la información resultante de 3ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 23	Elaboración de informe sobre 3ª aplicación de cuestionario DERA.
Mes 24	Análisis comparativo de las 3 aplicaciones de cuestionario DERA.
Mes 25	Análisis comparativo de las 3 aplicaciones de cuestionario DERA.
Mes 26	Análisis comparativo de las 3 aplicaciones de cuestionario DERA.
Mes 27	Elaboración de informe final de la investigación.
Mes 28	Elaboración de informe final de la investigación.
Mes 29	Difusión de resultados.
Mes 30	Difusión de resultados.

Referencias bibliográficas

- Aedo, C. (2005). "Evaluación del impacto". Serie Manuales. Proyecto CEPAL/GTZ, Policy strategies for sustainable development in Latin America and the Caribbean: promotion of a socially sustainable economic policy (Equity II) (GER/01/031), 75 pp.
- Antequera, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C. y Ávila, A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, vol. 29(2), pp. 167-175.
- Arranz-Lara, L., Blum-Grynberg, B. y Morales-Carmona F. (2001). El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatol Reprod Hum*, vol. 15(2), pp. 133-138.
- Arranz-Lara, L., Blum-Grynberg, B. y Ito, E. (2011). Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: Un enfoque cualitativo. *Salud Mental*, vol. 24(5), pp. 30-36.
- Ávila, A. y Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del psicólogo*, vol. 29(2), pp. 186-196.
- Burgo-Olmedo, S., Chillik, C. y Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 54(4), pp. 227-248.
- Calero, J. y Santana, F. (2006). La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. *Revista Cubana de Endocrinología*, vol. 17(1).
- Campbell, D. y Stanley, J. (1995). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Chan, C., Ng, E., Chan, C. y Chan, T. (2006). Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: a randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, vol. 85(2), pp. 339-346
- CNS Mujeres por democracia, equidad y ciudadanía (2005). Uruguay y Políticas en Salud Sexual y Reproductiva. Una mirada de lo hecho para las acciones del futuro. Montevideo.
- Decreto CM/515 (2008, 04 de Agosto). Investigación en Seres Humanos. Uruguay: Poder

Ejecutivo. Disponible en:

http://archivo.presidencia.gub.uy/web/decretos/2008/08/CM515_26%2006%202008_00001.PDF

Díaz, Z. y García, D. (2011). La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 37(1), pp. 106-119.

Hernández Sampieri, R; Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, p. (2006). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: McGraw-Hill.

Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Flores, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: el “DERA” una prueba creada en España. *Papeles del psicólogo*, vol. 29(2), pp. 176-185.

Ley de Reproducción Humana Asistida. N°19.167. (2013, 12 de Noviembre). Uruguay: Palacio Legislativo. Disponible en:
http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2013/11/msp_512.pdf

Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLoS Med* 9(12): e1001356.
doi:10.1371/journal.pmed.1001356

Muñoz, D., Kirchner, T., Forns, M., Peñarrubia, J. y Balasch, J. (2009). Estresores vinculados a la infertilidad en parejas que inician un tratamiento de fecundación in vitro (FIV). *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, *núm. 5*, pp. 99-105.

MYSU (2014). Plataforma Ciudadana en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/plataforma.pdf>

NACIONES UNIDAS (1995). “Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”. A/CONF.171/13/Rev.1. Recuperado de:
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Parada, L. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, vol. 2(1), pp. 149-158.

Petchesky, R. (2000). "Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping An International Practice" En R. Parker (Ed.), *Framing the Sexual Subject* (pp 81-103). Estados Unidos: University of California Press.

Regueiro, A. y Valero, L. (2011). Intervención psicológica en un caso de infertilidad femenina. *Escritos de Psicología*, vol. 4(3), pp. 27-35.

Viera, M. (2015). Sujetos y cuerpos asistidos. Un análisis de la reproducción asistida en el Río de la Plata. *Civitas*, vol. 15(2), pp. 350-368.