

**RELACIÓN ENTRE ESTRES, DEPRESIÓN Y RELACION DE PAREJA
CON LOS RESULTADOS DE TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN
ASISTIDA**

ANGELICA LOPEZ ARAUJO

TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARTAGENA DE INDIAS, 2001

**RELACIÓN ENTRE ESTRES, DEPRESIÓN Y RELACION DE PAREJA
CON LOS RESULTADOS DE TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN
ASISTIDA**

ANGÉLICA LÓPEZ ARAUJO

TRABAJO DE GRADO PARA OBTAR EL TITULO DE PSICOLOGO

Director:

DRA. MONICA MOJICA PERILLA

Psicóloga

TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARTAGENA DE INDIAS, 2001

Señores:
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE BOLIVAR
Att.: Comité de Evaluación de Proyecto
Facultad de Psicología
L.C.

Respetados Señores:

Por medio de la presente me permito presentar a ustedes para su estudio y aprobación, el proyecto de grado denominado **‘RELACIÓN ENTRE ESTRES, DEPRESIÓN Y RELACION DE PAREJA CON LOS RESULTADOS DE TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA’**, que se realizó con el fin de obtener el título de Psicólogo. Este proyecto es dirigido por la Doctora Mónica Mojica Perilla.

Agradeciendo la atención a la presente,

Angélica López Araujo
Cod: 9713400

Cartagena de Indias D.T. y C.; Abril 23 de 2001

Señores:
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE BOLIVAR
Att.: Dra. Maria del Pilar Herrera
Decanatura Facultad de Psicología
L.C.

Respetados Señores:

Me presento ante ustedes como directora del proyecto **“RELACIÓN ENTRE ESTRES, DEPRESIÓN Y RELACION DE PAREJA CON LOS RESULTADOS DE TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA”**, elaborado por la estudiante Angélica López Araujo cod:9713400 para optar el titulo de Psicólogo.

Atentamente,

Mónica Mojica Perilla
Psicóloga
Directora

“ Es hora de abrir nuestras alas y volar hacia nuevos horizontes. Es mucho lo que hemos vivido, pero es aun mas lo que nos espera por vivir. Hay un pasado que se fue para siempre, pero hay un futuro que todavía es nuestro.”

(W. Robertson)

Agradecimientos

A todas las mujeres que desinteresadamente colaboraron en para poder llevar acabo este estudio.

A mi Directora y amiga Mónica Mojica por su colaboración, dedicación y apoyo.

A los centros UFEC, especialmente a la Dra. Ofelia Castellar, y CEFES por colaborar con esta investigación

A Gerardo Franco por su orientación en el análisis estadística

DEDICACIÓN

A mis padres por su orientación y dedicación

A mi esposo por su apoyo incondicional

A mi hijo, mi razón de ser...

TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE TABLAS.....	9
LISTA DE FIGURAS.....	11
Resumen.....	12
Introducción.....	13
Método.....	71
Diseño.....	71
Sujetos.....	71
Instrumentos.....	71
Procedimientos.....	76
Presupuesto.....	77
Resultados.....	78
Discusión.....	100
Referencias.....	121
Anexos	
Anexo A.....	124

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Resultados de Embarazo.....	78
Tabla 2: IPI Interés Social.....	79
Tabla 3: IPI Interés Sexual.....	80
Tabla 4: IPI Interés en las Relaciones.....	82
Tabla 5: IPI Rechazo al estilo de vida sin niños.....	83
Tabla 6: IPI Necesidad de una maternidad.....	84
Tabla 7: IPI Estrés Global.....	86
Tabla 8: Depresión.....	87
Tabla 9: Aserción.....	88
Tabla 10: Agresión.....	90
Tabla 11: Sumisión.....	91
Tabla 12: Agresiva-Pasiva.....	92
Tabla 13: Diferencia entre las medias de Interés Social.....	94
Tabla 14: Diferencia entre las medias de Interés Sexual.....	94
Tabla 15: Diferencia entre las medias de Interés entre las relaciones.....	95
Tabla 16: Diferencia entre las medias de Rechazo al estilo de vida sin niños.....	95
Tabla 17: Diferencia entre las medias de Necesidad de una maternidad.....	96
Tabla 18: Diferencia entre las medias del Estrés Global.....	96
Tabla 19: Relación entre embarazo y nivel de depresión.....	97

Tabla 20: Comparación de puntajes promedio logrados en el cuestionario ASPA según la condición de embarazo.....99

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Resultados de Embarazo.....	78
Figura 2: Interés Social.....	79
Figura 3: Interés Sexual.....	81
Figura 4: Interés en las Relaciones.....	82
Figura 5: Rechazo al estilo de vida sin niños.....	83
Figura 6: Necesidad de una maternidad.....	85
Figura 7: Estrés Global.....	86
Figura 8: Depresión.....	87
Figura 9: Aserción.....	89
Figura 10: Agresión.....	90
Figura 11: Sumisión.....	91
Figura 12: Agresiva-Pasiva.....	93

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue determinar si la depresión, estrés y la relación de parejas se relacionan con los tratamientos de reproducción asistida (FIV, inseminación artificial). Para esto se utilizó una metodología descriptiva-correlacional. Se trabajó con una población de 13 mujeres, las cuales estaban en el proceso de alguno de los tratamientos de Reproducción Asistida de los centros UFEC y CEFES. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de tres pruebas; IPI, Inventario de Depresión de Beck y ASPA para conseguir los objetivos establecidos. Los resultados obtenidos muestran que la depresión, el estrés y la relación de pareja influyen en que las probabilidades de lograr un embarazo, por medio de los tratamientos de reproducción asistida, sean bajas. Lo anterior conlleva a proponer que en los centros de infertilidad se debe implementar un protocolo psicológico para ayudar a las parejas a adquirir las herramientas que les permitan superar la situación a la que se ven sometidos. Es posible que a través de un taller se puedan enseñar habilidades fundamentales para el manejo de estrés, depresión y enfrentamiento de aspectos personales y su relación de pareja.

RELACIÓN ENTRE ESTRES, DEPRESIÓN Y RELACION DE PAREJA CON LOS RESULTADOS DE TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Uno de los problemas que más están enfrentando las parejas en la actualidad es la infertilidad. En un mundo donde cada día se planea y controla más la manera como se desea vivir, muchas parejas descubren que, cuando ya consideran que están preparadas para iniciar la etapa de tener hijos, no lo logran. Comienza entonces un exhaustivo tránsito por consultorios médicos, exámenes y pruebas, en algunos casos dolorosos, para terminar ante la dura realidad: un miembro de la pareja o ambos presentan algún tipo de problema de infertilidad.

La infertilidad es la inhabilidad que tiene una pareja para concebir, transcurrido un año de mantener relaciones sexuales frecuentes (2 veces por semana), sin utilizar métodos anticonceptivos y no lograr el embarazo. Por consiguiente una mujer es infértil al no poder quedar en embarazo o llevar a cabo un embarazo completo después de un año de intentos. Un hombre es infértil al no poder dejar a una mujer en embarazo después de un año de intentos, sin usar ninguna clase de métodos anticonceptivos. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Existen diferentes tipos de infertilidad, se llama primaria cuando la pareja nunca ha podido lograr el embarazo, secundaria cuando hubo un antecedente de embarazo y luego no se pudo volver a lograr. Se considera absoluta cuando las causas que la ocasionan son irreversibles, y relativa cuando es por trastornos corregibles. Se dice también que una pareja tiene una infertilidad inexplicable cuando no se encuentra el motivo de la inhabilidad para concebir. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra en estudios realizados, que la incidencia de parejas con algún tipo de problema de infertilidad en todo el mundo, es de alrededor del 8 % a 10 %. A escala mundial, esto significa que entre 50 y 80 millones de personas sufren infertilidad. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

La infertilidad no es un problema exclusivamente femenino, la incidencia de infertilidad es casi idéntica en varones y en mujeres. Se dice que es un problema exclusivamente femenino en el 30 % a 40 % de los casos y exclusivamente masculino en el 10 % a 30 % de los casos. Entre el 15 % y el 30 % de los casos se diagnostican problemas en ambos miembros de la pareja. Tras un estudio médico completo, la causa de la infertilidad permanece oculta sólo en una minoría de las parejas infértiles (5 % a 10 %.) (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

La infertilidad se clasifica según su causa en; factor masculino (debida al hombre), factor femenino (debida a la mujer), mixta (por una combinación de factores de ambos miembros de la pareja) o por causa desconocida, la cual se encuentra en un 10% al 20% de todas las parejas atendidas por presentar problemas de reproducción. (Castellar, Abreu, 1999).

Dentro del factor femenino encontramos que las principales causas de infertilidad son; los trastornos ováricos, la endometriosis, los factores cervicales/ factores uterinos, los factores inmunológicos y el factor coital. (Castellar, Abreu, 1999).

Los trastornos ováricos son la causa más frecuente de infertilidad femenina. Sin ovulación (expulsión de un óvulo desde el folículo ovárico

maduro), no puede haber, ni fecundación, ni embarazo. Los trastornos ováricos se caracterizan fundamentalmente por la falta completa de ovulación (anovulación), o por una ovulación infrecuente, irregular o de ambos tipos. La menstruación infrecuente (oligomenorrea) o la ausencia total de menstruación (amenorrea) suelen indicar la presencia de trastornos ováricos, pero estos también pueden ocurrir en mujeres que parecen tener períodos menstruales normales. Si las trompas de Falopio están obstruidas de forma total o parcial, dificultan o impiden la llegada de espermatozoides hasta el ovocito. Las oclusiones pueden ser secundarias a diversos factores como son las infecciones, la endometriosis o las adherencias que se forman tras una intervención quirúrgica. Además, las trompas pueden resultar dañadas por un embarazo ectópico. (Castellar, Abreu, 1999; Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

La Endometriosis, otro de los factores que influyen en la infertilidad, consiste en que el tejido endometrial (revestimiento uterino) crece fuera del útero. Las lesiones endometriósicas pueden bloquear las trompas de falopio o alterar la función ovulatoria; también pueden provocar dolor y causar amplias lesiones que conducen a la infertilidad (alrededor del 70 % de las mujeres con endometriosis son infértiles. (Castellar, Abreu, 1999; Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Los factores cervicales/ factores uterinos hacen referencia a las anomalías del cuello uterino que pueden producir infertilidad. Dentro de estos se pueden incluir: problemas anatómicos, infecciones cervicales y alteraciones de la calidad del moco. De hecho, el revestimiento mucoso del cuello uterino desempeña un papel importante, ya que facilita el progreso de

los espermatozoides por el aparato genital. Durante el ciclo menstrual, este moco cambia de cantidad y calidad bajo la influencia de las hormonas estrógenos y progesterona. Los tumores benignos o las cicatrices importantes de la pared uterina pueden así mismo contribuir a la infertilidad. (Castellar, Abreu, 1999; Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Los factores inmunológicos también intervienen en la infertilidad, pueden afectar a los dos miembros de la pareja; en el moco cervical de la mujer pueden encontrarse anticuerpos frente a los espermatozoides e incluso el varón puede producir anticuerpos frente a sus propios espermatozoides. Por último estaría el factor coital, que cubre todas las causas masculinas y femeninas que impiden una adecuada colocación del semen cerca del cuello del útero. (Castellar, Abreu, 1999; Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Como se dijo anteriormente, en las parejas infértiles los factores masculinos constituyen entre un 10% y un 30 % de los problemas de infertilidad, razón por la cual es importante mencionar las causas más importantes de infertilidad masculina, las cuales pueden dividirse en tres grupos: En primer lugar tenemos los trastornos de la producción de los espermatozoides, en segundo lugar las obstrucciones anatómicas, y en tercer lugar los trastornos inmunitarios. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Los trastornos de la producción de los espermatozoides abarcan los problemas de producción y maduración, y son la causa más frecuente de infertilidad masculina. Aunque se produzcan en número adecuado, los espermatozoides pueden ser inmaduros, tener formas anormales o ser

incapaces de moverse correctamente, características que les impiden fecundar al ovocito. También es posible que se fabriquen espermatozoides normales pero en un número anormalmente bajo, lo que reduce las probabilidades de fecundación. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Existen numerosos factores que pueden tener efectos adversos sobre la espermatogénesis (producción y maduración de los espermatozoides) como son: en primer lugar las enfermedades infecciosas o inflamatorias, las cuales pueden provocar infecciones del aparato genital o inflamación y atrofia de los testículos. En segundo lugar tenemos los trastornos endocrinos u hormonales, el problema más frecuente es la secreción insuficiente de las hormonas responsables de la producción de testosterona y espermatozoides (hormona estimulante del folículo y hormona luteinizante.) En tercer lugar están los trastornos inmunológicos, algunos varones producen anticuerpos frente a sus propios espermatozoides, lo que determina que estos posean una movilidad escasa o se aglutinen (los espermatozoides quedan unidos por la cabeza o la cola y son incapaces de fecundar). Los factores ambientales están en cuarto lugar, la calidad de vida influye también en la calidad de los espermatozoides; la exposición a la radiación y algunos tratamientos del cáncer puede inhibir la producción de espermatozoides de forma temporal o permanente. Las alteraciones anatómicas son otro de los factores: la obstrucción del aparato genital puede provocar infertilidad, si bloquea total o parcialmente el flujo del líquido seminal. Algunas de estas alteraciones son de origen congénito o se deben a defectos genéticos, mientras que otras se deben a infecciones o

inflamaciones del aparato genital. La causa de la obstrucción también puede ser una cirugía previa, cuando el tejido cicatricial obstruye el aparato genital. La presencia de venas varicosas en el escroto (el saco fibromuscular que aloja a los testículos) puede contribuir a la mala calidad de los espermatozoides. Por último tenemos otros factores que también influyen, ya que los problemas de infertilidad masculina pueden surgir de una liberación defectuosa de los espermatozoides en el aparato genital masculino, lo que puede deberse, entre otras razones, a impotencia o a eyaculación precoz. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Continuando con las causas de infertilidad masculinas tenemos que las obstrucciones anatómicas y los trastornos inmunitarios, los cuales impiden la progresión de los espermatozoides a través del aparato genital femenino, son otros de los factores que contribuyen a la infertilidad. Otro de los síntomas que el hombre puede presentar e interferir en la fertilidad son: los problemas pretesticular, testiculares y posttesticulares. Dentro de los pretesticulares se encuentran las causas genéticas, hormonales, enfermedades vasculares o la diabetes. En los testiculares podemos incluir la varicocele y la falta de desarrollo testicular. Por último tenemos los Postesticular, aquí se puede incluir la impotencia, eyaculación precoz, infecciones y obstrucciones de los conductos eyaculadores. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999; Castellar, Abreu, 1999).

Es posible que, tras amplios estudios médicos, la infertilidad de una pareja siga siendo inexplicable (infertilidad inexplicada). Las estadísticas muestran que las parejas con este tipo de infertilidad de menos de 3 años de intentos fallidos, acabaran concibiendo en los 2 años siguientes. Sin

embargo, después de 3 años o más de infertilidad inexplicada, las probabilidades de lograr una concepción natural disminuyen considerablemente y deben ofrecerse sin más demora métodos que proporcionan posibilidades sustanciales de éxito en este tipo de infertilidad (por ejemplo: FIV (Fertilización Invitro) y otras técnicas similares de reproducción asistida). (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Anteriormente se mencionaron los problemas o trastornos que presentan los miembros de una pareja para no poder concebir un hijo, pero para poder entender las funciones que se dejan de cumplir al tener esos impedimentos, se mencionará a continuación el proceso para poder llevar a cabo la tarea de la concepción.

Primero que todo cabe anotar que para lograr un embarazo se necesita una conjunto de condiciones, entre las que encontramos, que los testículos deben producir espermatozoides en cantidad, forma, movilidad y capacidad migratoria suficientes para que puedan llegar hasta las trompas, y uno de ellos logre penetrar a la membrana celular del óvulo, descompensando su núcleo para realizar la unión con el núcleo del óvulo. Además el hombre debe tener la capacidad de erección y eyaculación, que le permita depositar el semen dentro de la cavidad vaginal, en cercanía del cuello uterino. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Por otra parte la mujer debe tener una ovulación normal, con un ovocito maduro en cada ciclo menstrual; pero además el cuello uterino debe tener un estado fisiológico normal que permita la entrada, almacenamiento y posterior reactivación de los espermatozoides cuando se presenta la ovulación. Las trompas deben permanecer permeables para permitir el paso

de los espermatozoides a encontrarse con el óvulo y luego transportar el embrión recién fecundado hasta el útero para su implantación y desarrollo. El tejido del interior del útero (endometrio) debe ser sano y estar adecuadamente preparado por las hormonas de la mujer, especialmente la progesterona y la luteinizante (LH), de tal manera que se permita la implantación y alimentación del embrión en las primeras etapas de su desarrollo. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Para que suceda el embarazo, entre el primer y el quinto día del ciclo menstrual se produce en la hipófisis una hormona llamada la Foliculo Estimulante o FSH, la cual produce un estímulo al ovario para que se produzca el crecimiento de unos 10 a 20 folículos, cada uno de ellos contiene un óvulo en desarrollo; el endometrio se comienza a preparar para la implantación del futuro embrión. Cuando un folículo ha madurado, se rompe y libera al óvulo maduro, los otros 10 a 20 folículos que iniciaron el desarrollo por causas desconocidas se degeneran. El óvulo maduro que sale del folículo roto lleva una barrera externa de protección llamada Zona Pelúcida, esta es la capa que debe detener los espermatozoides que han llegado a las trompas para encontrarse con el óvulo, produciendo que solo uno, el más capaz, penetre al interior del óvulo para fecundarlo. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Cuando el espermatozoide mas fuerte logra la fecundación, se forma inmediatamente una barrera misteriosa que impide el paso de los demás espermatozoides, los cuales son desechados del cuerpo femenino por muerte o por reabsorción. De este espermatozoide solo entra al óvulo la cabeza, pues su cola, solo útil para el movimiento, se degenera y se pierde,

liberando el núcleo de la célula espermática; al cabo de unas horas, el óvulo fecundado se ve con 2 núcleos, estos se llaman pronúcleos, ellos llevan los cromosomas, el de la mujer X y el del hombre X o Y que son los determinantes del sexo. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Mientras tanto, el espacio que dejó el espermatozoide en el folículo roto, se llena de una materia llamada cuerpo del útero o cuerpo amarillo de la gestación. Este se encarga de producir la progesterona, hormona que se encarga de preparar el útero para la implantación del embrión, y de mantener el embarazo hasta la doceava semana de desarrollo. Hacia aproximadamente las 20 horas de ocurrida la fecundación, se unen los 2 pronúcleos, formando un solo huevo que se llama cigoto, este proceso se llama singamia o unión de los dos gametos. Luego comienza lentamente, en un proceso de 24 a 72 horas, la división celular, cuando este huevo tiene unas 16 células, migra por la trompa y cae al útero, allí nada durante unos 7 días hasta que se pega a la pared del mismo y se implanta, luego si todo marcha bien crecerá dentro hasta el momento de nacer. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Esto suena un poco sencillo, pero ¿por qué a veces no ocurre tan fácilmente? Unas de las respuestas pueden ser las siguientes: Muchos de los espermias se mueren a causa del ambiente de la vagina, otro motivo puede ser por el moco cervical ya que cuando este es muy grueso o espeso no permite que los espermias lo penetren y entren al útero. Otro aspecto es el movimiento de los espermatozoides los cuales no deben ir muy despacio porque no sobrevivirán. Una vez en la vagina, el movimiento de los espermatozoides puede ser impedido por estructuras dañadas en el útero o

en las trompas de falopio, haciendo mecánicamente difícil, a los mismos, llegar al huevo. Obviamente la cantidad del esperma eyaculado debe ser suficiente y de muy buena calidad. Otro motivo puede ser que los espermatozoides que llegan al canal cervical entren a la trompa de falopio equivocada (donde no hay huevo) y los que entran a la trompa correcta, se pierdan en el camino. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Como se puede ver durante el proceso de fertilización y posteriormente de implantación hay muchas probabilidades de que se produzcan errores, por esto muchas veces las parejas tanto infértiles como fértiles demoran en tener hijos.

Para determinar qué problemas de infertilidad afectan a la pareja, es imprescindible que el estudio médico se lleve a cabo simultáneamente en ambos miembros, ya que la fertilidad se estudia como un problema compartido. Existen innumerables pruebas tanto para el hombre como para la mujer, y como es un problema de pareja, lo usual es que ambos se sometan a los exámenes indicados. Existe un protocolo que va de lo fundamental a lo más especializado y son diferentes para el hombre y para la mujer.

Los exámenes para el hombre son: el espermograma, en el cual se valora como está el semen en cantidad, calidad y movimiento de espermatozoides. Adicionalmente se practica el examen de testículo, biopsia del mismo, perfil hormonal, ecografía, y exámenes de laboratorio específicos para detectar procesos infecciosos venéreos. También se aplica el test postcoital o PPC que consiste en tener relaciones cerca del período ovulatorio y tomar una muestra de moco cervical que permita analizar la

movilidad de los espermatozoides. Cuando da un resultado negativo, se toman muestras de moco y semen por separado y se ponen en contacto en el laboratorio (técnica invitro) para realizar el mismo análisis. Si el hombre carece totalmente de espermatozoides se dice que es azoespérmico, y esta condición es irreversible, no existiendo ningún tipo de tratamiento para ello. Cuando su conteo o calidad es bajo pero no ausente, este semen se toma por método masturbatorio y se somete a unas técnicas de capacitación espermática, en la cual se filtra el semen total recogido y se extrae poca cantidad, con excelencia en su contenido y calidad de espermatozoides. (Castellar, Abreu, 1999)

Los exámenes de las mujeres incluye, un examen físico completo, buscando específicamente signos de masculinización en su conformación física y distribución del vello corporal, salida de líquido por los senos y textura de los mismos (galactorrea), genitales externos, posición y características del cuello uterino, tamaño del útero y ubicación, palpaciones de anexos (ovarios o trompas). Luego y según los hallazgos, se toma citología vaginal, frotis, cultivo de secreción vaginal y pruebas de enfermedades infecciosas, prueba de prolactina en sangre, prueba del moco cervical y test post-coito. Ecografía de órganos pélvicos, histerosalpingografía (examen en el cual con un medio contraste, se toman radiografías para observar en el interior del útero y las trompas) o laparoscopia diagnóstica o quirúrgica (en la cual se introduce un aparato óptico especial a través de una pequeña incisión debajo del ombligo y dentro de la cavidad peritoneal se observan directamente los ovarios, trompas y útero.) Si se requiere, se pasa a estudios específicos como el perfil hormonal donde se

miden el Estradiol, la Progesterona, la Folículo Estimulante (FSH) y la Luteinizante (LH.) También se realizan seguimientos ecográficos de la ovulación; en ellos, mediante la visión ecografía, se puede visualizar si se forman folículos, si están maduros (+ de 16 mm.) y si se produce la ovulación. Si se requiere se toma biopsia de endometrio. (Castellar, Abreu, 1999)

Se estima que el 20% de las pacientes que consultan por infertilidad tienen alteraciones ovulatorias. Para confirmar este diagnóstico es necesario reconstruir la historia menstrual de la paciente, en la que se tiene en cuenta los siguientes datos: si nunca tuvo menstruación, si menstruó normalmente y luego dejó de hacerlo; si los ciclos son irregulares y si, de acuerdo con la biopsia de endometrio o la temperatura basal, existe una segunda mitad del ciclo atrasada o cortada (fase lútea inadecuada.) La medición de hormonas en la sangre permite determinar si el trastorno de la ovulación es de origen ovárico, del eje hipotalámico-hipofisario, por estrés o pérdida de peso, hipotiroidismo, hiperprolactina o si se presenta un síndrome de ovarios poliquísticos. Si las trompas están obstruidas de una manera parcial, puede presentarse la fecundación, pero hay alto riesgo de embarazo ectópico. Si es total se podría realizar microcirugía para recanalizar; el éxito de esta intervención depende de la patología de la paciente. Se estima que un 3% de las mujeres tienen las trompas obstruidas como consecuencia de traumas quirúrgicos, infecciones genitales o secuela de abortos provocados. El éxito promedio de la microcirugía es de un 30% en función de tasa de embarazos logrados después de procedimiento. (Castellar, Abreu, 1999)

El endometrio es el tejido que tapiza el interior de la cavidad uterina; cuando este se sale de dicha cavidad y se hace presente en la pared uterina del peritoneo, los ovarios o las trompas, se dice que hay endometriosis. Su incidencia es de 10-20% de las pacientes que consultan por infertilidad con predominio hacia los 30 o 35 años. Es una enfermedad hormono-dependiente que se sostiene por el influjo de los estrógenos, por ello se dice que el embarazo es su cura, pues durante este caen los niveles de estrógenos. Se trata por medicación hormonal o por cirugía laparoscópica, los últimos estudios plantean una predisposición genética para su aparición. (Castellar, Abreu, 1999)

Como se dijo anteriormente existen varias hormonas que influyen sobre las funciones de los sistemas reproductores masculino y femenino, es importante examinarlas para saber cuando estas están cumpliendo su función. Entre ellas encontramos las gonadotropinas, las cuales desempeñan un papel importante en la regulación de la reproducción humana.

Las gonadotropinas comprenden tres hormonas esenciales para la reproducción humana: la hormona estimulante del folículo (FSH), la hormona luteinizante (LH) y la gonadotropina coriónica humana (HCG). El término "gonadotropina" se refiere a los órganos sobre los que actúan de forma primordial, los ovarios y los testículos, a los que también se denomina gónadas.

Tanto en los varones como en las mujeres, la secreción de FSH, LH y otras hormonas que también son importantes para la reproducción humana, están reguladas por un mecanismo de interacción entre el hipotálamo, la hipófisis y

los ovarios o testículos. La FSH y la LH son secretadas por la hipófisis bajo la influencia de una hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) producida en el hipotálamo. La FSH y la LH estimulan la secreción de hormonas esteroides (estrógenos, progesterona y testosterona) por los ovarios o los testículos. Cuando los niveles de hormonas esteroides son elevados, indican al hipotálamo que reduzca la liberación de GnRH. La disminución de la secreción de GnRH se traduce a una menor liberación de FSH y LH por la hipófisis. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Las funciones que tienen las gonadotropinas en la reproducción femenina son muy importantes ya que la actividad ovárica depende por completo de la secreción de FSH y de LH por la hipófisis. Estas dos hormonas son reguladoras fundamentales del ciclo menstrual. Estimulan el desarrollo folicular y la producción de las hormonas estrógenos y progesterona, que también desempeñan un papel importante en la regulación del ciclo reproductor femenino. La FSH es la responsable principal de inducir el desarrollo folicular, paso esencial en la producción de un ovocito maduro, capaz de ser fecundado. Al comienzo de cada ciclo menstrual, se produce una pequeña pero significativa elevación de la secreción de FSH. A medida que el folículo ovárico va creciendo, secreta cantidades crecientes de estrógenos; cuando éstos alcanzan su nivel más elevado, a la mitad del ciclo, estimulan una oleada de LH que induce la maduración folicular final y la ovulación. El ovocito maduro es liberado y comienza a viajar por la trompa de Falopio, listo para ser fecundado. Durante la segunda mitad del ciclo, las células que permanecen en el folículo colapsado secretan progesterona, que prepara al endometrio para la

implantación. Cuando un embrión se implanta, otra hormona, la gonadotropina coriónica humana (HCG), secretada por la placenta del embrión en desarrollo, adquiere un papel importante. Al comienzo del embarazo, la producción de HCG estimula al cuerpo amarillo (la masa glandular que se forma en el folículo ovárico tras la ovulación) para que secrete estrógenos y progesterona, hormonas que contribuyen a la creación de un ambiente uterino favorable para el embrión, garantizando su nidación (implantación del embrión en el útero) y manteniéndolo en buenas condiciones. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Las gonadotropinas también llevan el control de la espermatogénesis. Un varón produce espermatozoides de forma continua durante toda su vida. La producción de espermatozoides, que tiene lugar en los testículos, está controlada por la secreción de distintas hormonas, entre las que se encuentran las gonadotropinas FSH y LH. La hormona estimulante del folículo y la LH actúan en combinación, asegurando un aporte constante de espermatozoides. La LH estimula la función de unas células especializadas de los testículos, las células de Leydig, que secretan la hormona masculina testosterona; la FSH, junto con la testosterona, estimula a los túbulos seminíferos, estructuras testiculares que forman espirales apretadas, para que produzcan espermatozoides maduros. Este proceso, llamado espermatogénesis, tiene una duración de alrededor de 72 días. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Las gonadotropinas hacen parte de los tratamientos de la infertilidad, a finales de los años 1950, se demostró que el tratamiento con las gonadotropinas FSH y LH permitía desencadenar la maduración folicular y la

ovulación en mujeres que no ovulaban. A principios de los años 1960, Ares-Serono desarrolló y comercializó dos gonadotropinas para su uso en el tratamiento de la infertilidad femenina y masculina. Desde entonces, el uso terapéutico de las gonadotropinas se ha expandido rápidamente. Además de su administración en el tratamiento de la infertilidad secundaria a desequilibrios hormonales, las gonadotropinas se utilizan hoy de forma sistemática en las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida, como la fecundación in vitro (FIV). En estos casos, la administración de gonadotropinas tiene como meta inducir el crecimiento de múltiples folículos, de forma que puedan extraerse varios ovocitos de los ovarios con el fin de mejorar las probabilidades de fecundación, tanto si ésta se lleva a cabo in vitro (como la practicada en la FIV) como si tiene lugar in vivo (como es el caso de la GIFT, transferencia intratubárica de gametos.) (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Luego que la pareja ha identificado, junto con su médico, el problema que está causando la infertilidad, se continua el proceso buscando el tratamiento adecuado para estas parejas; ya sea hiperovulación, inseminación artificial, fecundación in vitro (FIV) o transferencia de gametos a la trompa (GIFT). Estas tecnologías reproductoras son muy importantes para las parejas infértiles, pero se debe tener en cuenta que en cualquiera de los métodos que se vayan a usar , las parejas en algún momento se van a sentir que se les esta invadiendo una parte privada de sus vidas, algo que creían privado, pero que poco a poco se va convirtiendo público. Por eso es importante que las personas encargadas de llevar a cabo este tratamientos,

incluyan o se den cuenta de los problemas emocionales que se pueden provocar.

Las parejas infértiles, se están dando cuenta de esto, ellas mismas en la 1 Conferencia Internacional de Asociaciones de Parejas Infértiles en Paris, 1993 comentaron; “Es importante aportar a los pacientes la información científica necesaria, así como aconsejar en todos los aspectos sociales, y psicológicos sobre los tratamientos de infertilidad.” Pg.43. Por esto al escoger el tratamiento mas adecuado , se les debe informar en que consiste el tratamiento, cuanto tiempo durara, lo que debe hacer o evitar durante y después del tratamiento, entre otros aspectos importantes. (Yago, Segura, Irazábal, 1997).

Continuando con los diferentes tratamientos para la infertilidad, el primero es, el proceso de hiperoovulación, este consiste básicamente en la estimulación de los ovarios a través de medios artificiales, de manera que estos produzcan una cantidad abundante de óvulos en un mismo ciclo. Esta hiperestimulación de los ovarios se realiza con la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), la cual es inyectada diariamente en diferente dosis a la paciente. El desarrollo de estos óvulos es controlado diariamente por medio de ecografías realizadas en la mañana, mientras que las inyecciones se colocan en las horas de la tarde. Una vez que se determina el momento adecuado, teniendo en cuenta el desarrollo de los óvulos, se pide a las parejas que sostengan relaciones sexuales en una fecha exacta de manera que se pueda producir la fecundación. (Ahumada, Jiménez, Mauri, Robledo, Sepúlveda, 1998)

En caso de que este método no sea adecuado, ya sea por que existe algún problema por parte del hombre o porque la mujer presenta algún otro trastorno, se procede a la inseminación artificial. Este método se puede realizar de dos formas: con semen preparado del esposo o con semen preparado de un donante, dependiendo de cual sea el problema por el cual que ha llegado a esta instancia. El procedimiento a seguir es la recolección del semen, ya sea del esposo o de un donante. El hombre deberá donar la cantidad necesaria de semen, en una o más oportunidades. La preparación y selección de espermatozoides para la reproducción asistida comienza luego de obtener la muestra de semen, ya sea por masturbación o con condón no tóxico. Se debe dejar un tiempo para permitir la licuefacción del semen, si esto no ocurre se induce su licuefacción. Una vez obtenida se debe hacer la valoración de los diferentes parámetros espermáticos según los criterios de OMS. Luego se procede a la separación espermática, para esto se utilizan diferentes técnicas, siendo las mas usadas la de Swim-up y la separación por gradientes de Percoll. Para poder inseminar se deben tener un numero de espermatozoides que generalmente van desde 50.000 y 100.00/ml. La mujer paralelamente ira preparándose de forma similar a la explicada anteriormente (hiperovulación), solo que cuando sus óvulos están totalmente maduros en vez de tener relaciones sexuales con el esposo, deberá acudir a la clínica donde se procede a inyectar el semen preparado anteriormente. (Ahumada, Jiménez, Mauri, Robledo, Sepúlveda, 1998)

El GIFT, es un procedimiento que imita la sucesión de eventos biológicos involucrados en la fecundación natural. En este procedimiento, los ovocitos recuperados por la aspiración folicular, junto con los

espermatozoides, son colocados en la región ampular del oviducto, ya sea por mini-laparoscopia o por laparoscopia. En ambos casos, los espermatozoides y los ovocitos rodeados por sus cubiertas celulares (cúmulo y corona), son colocados en un catéter de transferencia a la trompa. De esta manera, el encuentro de los gametos y la fecundación se producen en el oviducto y el desarrollo embrionario ocurre a medida que estos son transportados hacia el útero, produciéndose una perfecta sincronía con los tiempos de transporte, desarrollo embrionario y receptividad uterina. (Ahumada, Jiménez, Mauri, Robledo, Sepúlveda, 1998)

En el caso de que estos métodos no resulten en el embarazo deseado, se puede seguir con el último método existente, FIV. Este funciona de una de las siguientes maneras; con transferencia embrionaria al útero (TIU) o con transferencia embrionaria a las trompas (TET.) (Ahumada, Jiménez, Mauri, Robledo, Sepúlveda, 1998)

En el caso de TIU los ovocitos recuperados por aspiración folicular son fecundados en una cápsula embriológica con espermatozoides seleccionados por técnica de separación espermática, de modo que el encuentro de los gametos y su consecuente fecundación ocurre fuera del organismo materno. Los embriones originados son colocados en un catéter de transferencia y depositados en el fondo de la cavidad uterina. Contrario a TIU, cuando se usa el TET, los embriones originados por FIV se colocan por vía laparoscopia en la región ampular del conducto, de modo que el desarrollo embrionario posterior se produce en las trompas y el útero de la paciente. De esta manera el embrión se beneficia del microambiente materno, favoreciendo el desarrollo y la calidad embrionaria y asegurando el

momento más adecuado para la llegada de los embriones al útero. (Ahumada, Jiménez, Mauri, Robledo, Sepúlveda, 1998)

Como se puede ver, la pareja que tiene problemas de fertilidad pasa por muchos pasos, hasta que al fin conoce el porque de su infertilidad, donde está el problema y como se puede solucionar. Luego empieza en realidad a darse cuenta del verdadero problema, esto no es fácil, la infertilidad puede ser una experiencia devastadora y dolorosa. Puede cambiar todo los aspectos de la vida de una persona, el autoestima, los sueños para el futuro, las relaciones de pareja y las relaciones con los demás. Es una situación estresante y hasta puede producir depresiones. Pocas situaciones en la vida pueden ser tan desafiantes y angustiosas. (Syme, 1997)

La infertilidad puede traer consigo muchas emociones; pena, dolor, tristeza, miedo, culpabilidad, entre otros. Desde el punto psicológico y emocional la infertilidad es vista como una perdida. De hecho ésta perdida no solo es sentida cuando se enteran de la infertilidad, también pueden sentirla durante el proceso. Por ejemplo; cuando después de tener relaciones sexuales frecuentes sin ninguna clase de anticonceptivos, no se logra el embarazo; y luego se puede volver a sentir dependiendo del numero de veces que el tratamiento salga negativo. Aesto se le puede adicionar si se logra el embarazo y se tienen perdidas.

La reacciones de los seres humanos ante cualquier clase de perdidas mayores son de despojo, desamparo, tristeza entre otras. Parkes´(1975, citado por Syme, 1997) dio a conocer una manera de entender el duelo, este marco conceptual también sirve para entender las reacciones

emocionales que se presentan al momento de afrontar la infertilidad, ya que esta es una de las pérdidas mayores que puede sufrir una pareja en la vida; este proceso de duelo se explicará a continuación. (Syme,1997)

Cuando una persona muere, no solo se pierde a la persona; si no también al rol que jugaba dentro de un determinado ambiente. También se pierden cosas menos tangibles como; la seguridad, confianza, control, y la autoestima. Lo mismo sucede con la infertilidad. Lo que lo hace diferente a un duelo normal, es que aquí se conocía a la persona que muere, en la infertilidad la pérdida no es visible. “Nadie conoció al niño que nunca se concibió, que nunca estuvo en el vientre y que nunca nació”. (Syme, 1997 pg.183”).

Según Monach (1995, citado por Syme, 1997) el enfrentar la infertilidad también conlleva muchas pérdidas intangibles iguales al duelo como la seguridad, la confianza, el control, y el autoestima; pero a diferencia de estas hay una pérdida muy importante: las expectativas que se generan; en una sociedad donde todos deben y tienen que tener hijos, se espera que la mayoría de la población sea fértil, tenga hijos cuando lo desee y por consiguiente sean padres. Entonces cuando se conoce sobre la infertilidad, las expectativas desvanecen y surgen emociones fuertes y negativas. Las parejas infértiles se empiezan a sentir decepcionadas, pierden la confianza en sus cuerpos, y las expectativas de ser padres. Ambos miembros, tanto el hombre como la mujer, tienden a tener los mismos sentimientos de perder la masculinidad y la feminidad respectivamente. (Syme,1997)

Para los hombres la infertilidad los hace preguntarse si han perdido ese poder de ser “hombres”, empiezan a pensar en la inhabilidad de sus

espermatozoides, y el por qué no cumplen su función satisfactoriamente. Esto puede llevar a la impotencia momentáneamente o a la promiscuidad. Para las mujeres surgen las mismas preguntas, se cuestionan sobre su feminidad, el por qué de la infertilidad, y hasta dudan de poder atraer sexualmente a su pareja. La menstruación, para ambos miembros de la pareja, les recuerda una y otra vez el fracaso, y las relaciones sexuales empiezan a disminuir, al no encontrarles sentido, ya que no logran el embarazo. (Syme,1997)

Existen muchas formas de comportamientos que empiezan a adoptar las parejas infértiles para tratar de manejar el dolor emocional que están sintiendo. Muchas parejas empiezan a negar que quieren tener hijos, evitan cualquier situación social que pueda ser dolorosa para ellos, como cumpleaños de niños, bautizos, o estar con personas que pueden en un momento dado causar envidia. También pueden empezar a dar declaraciones falsas del por qué no tienen bebés. (Syme,1997)

Este dolor que sienten estas parejas, son respuestas emocionales naturales, que se da ante cualquier pérdida. Es una combinación de efectos dolorosos como: tristeza, rabia, culpabilidad. Parkes´ continuo sus estudios y elaboro las fases que siguen las parejas infértiles cuando se enteran de su infertilidad. (Syme,1997)

Lo primero que encontró es que las parejas pasan por una etapa de adormecimiento. Muchas personas describen esta fase con un sentimiento de zombi. Esto es confirmado con los estudios realizados por Jones 1995, (citado por Syme 1997). Él encontró que el sentimiento predominante es “no puede ser verdad, de pronto alguien cometió un error” (pg.184); pueden

haber manifestaciones físicas de shock, pérdida del apetito, inhabilidad para concentrarse o para recordar cosas. La segunda fase es de desesperanza, la pareja empieza a sentirse como la única que es infértil. Empiezan a sentirse celosos de los amigos con bebés, pueden llorar de una manera impredecible. Todos estos factores más la estigmatización social pueden hacer que empiecen a evitar ciertos comportamientos, como ver bebés, ir a fiestas de bebés, mienten sobre su fertilidad y hacen cualquier cosa por evitar recordar su problema. Esto hace que las personas se sientan confundidas e inquietas de su propia identidad. La rabia sentida es muy fuerte y la pueden dirigir hacia ellos mismos y muchas veces hacia los demás. Las explicaciones médicas sobre la infertilidad se vuelven insuficiente, las personas se sienten castigadas y empiezan a buscar excusas perfectas para castigarse. Empiezan también a hacer recuentos de todos los intentos fallidos para lograr el embarazo. (Syme,1997)

La tercera fase del dolor es una de las más largas, dura por lo menos 6 meses; en estos momentos las personas pierden todas las esperanzas y empieza una época de desorganización. La rabia y la culpabilidad de la segunda fase aun continúan. Esta culpabilidad no es entendida por las demás personas, por ejemplo empiezan a culparse por haber sido promiscuos en la adolescencia, de haber evitado por muchos años el embarazo, de haberse casado con esa pareja. La ansiedad crece y los miedos de cuando eran niños, por ejemplo las pesadillas pueden reaparecer. El sentimiento que es inevitable, y que todas las parejas presentan es el sentirse solos. Creen que no tienen apoyo de nadie, y al negar su problema no se lo comentan a nadie y por consiguiente no reciben ayuda. Como en la

fase anterior, las personas suelen llorar de una manera imprevista, esto es muy común y embarazoso. En general hay una tristeza grande en la pareja y también para sus padres, si tienen esperanzas de ser abuelos. (Syme,1997)

La última fase es de reorganización y aceptación de la vida después de superar ese dolor (la infertilidad), esta puede tomar de 2 – 5 años. El dolor se puede prolongar o agravar, si al mismo tiempo ocurren otras pérdidas; por ejemplo pérdida de empleo, muertes etc. Otros pueden tener tanto daño emocional que nunca se superan. (Syme,1997)

Aunque normalmente se presentan todas las fases y en el orden apropiado, puede suceder que una persona se salte de una etapa a otra o que dure mucho tiempo estancado en una de ellas. También puede suceder que se retroceda una fase. Por ejemplo, luego de que una persona reconozca su infertilidad y sienta esperanza ante su problema, puede regresar a la etapa de añorar. Otro ejemplo puede ser que se conozca algún tipo de tratamiento nuevo, esto despertará la esperanza que tenía una persona que ya la había perdido.

Es importante anotar que aunque ambos miembros de la pareja viven el mismo dolor de la infertilidad, lo expresan y lo sienten de diferentes maneras. Esto los puede llevar a presentar estrés, logrando que la relación experimente alguna fase de tensión. Si la relación estaba pasando por malos momentos, es probable que termine peor o ambos miembros pueden sobrepasar las dificultades con mayor unión. (Hunt, Monach, 1997)

Sea cual sea la forma en que las parejas vivan su dolor, sigue siendo necesario que sepan que el viaje desde la toma de conciencia de su infertilidad, hasta la resolución, tiene distintas fases por las que pueden

pasar, cada una de las cuales se caracteriza por sus propios problemas y preocupaciones emocionales específicos. El reconocimiento de ello y la paciencia para pasar por las distintas fases permite a la pareja encontrar la resolución más adecuada y poder superar este dolor que los invade.

Lo primero que se les recomienda para tener un afrontamiento más saludable, es tomar conciencia y reconocimiento del problema. Casi todas las parejas asumen que son fértiles y creen que, cuando quieran concebir, lo harán. Comprender y reconocer que, tras meses o años de intentos, no pueden conseguir sus sueños de tener un hijo hace surgir en ellas sentimientos de asombro y consternación. La perspectiva de la infertilidad y de una vida sin hijos puede serles tan espantosa que lleguen a negar la existencia del problema. A menudo, es la mujer la que primero se percató de que puede existir un problema de infertilidad y tal vez deba convencer al varón de la necesidad de un examen médico. En esta fase predominan los sentimientos de ira, rechazo, culpa, pena, autocompasión y celos. Se magnifican cualquier emoción y desacuerdo y los temas menores pueden adquirir una importancia mayor que la que tendrían en circunstancias "normales". (Nirvavi, Payne, 1997)

La segunda fase es la evaluación y el diagnóstico; durante esta fase, las parejas buscan respuestas. Los estudios médicos a que son sometidas para determinar la causa de la infertilidad pueden ser penosos y provocar ansiedad; es frecuente que las parejas sientan que dichos estudios invaden y dirigen sus vidas. Lo ideal es que la decisión de acudir al médico sea conjunta, ya que los dos miembros de la pareja han de ser estudiados. Una vez identificado el problema, algunas parejas pueden sentir alivio, ya

que la identificación de la causa de su infertilidad permite fijar el problema. Sin embargo, para otras, la prueba de que el problema existe puede hacer aflorar sentimientos de culpa, pena, ira (¿por qué a mí?) y también pueden experimentar vergüenza y turbación por no funcionar "normalmente". En alrededor del 10 % de las parejas no puede identificarse una causa específica de la infertilidad. Ello puede dar lugar a un aumento de los niveles de tensión, ya que para muchas de ellas, la ausencia de una causa que justifique su infertilidad hace que las probabilidades de éxito del tratamiento disminuyan. Durante este período, el asesoramiento pasa a ser un elemento aún más importante de la asistencia y del tratamiento. Las parejas necesitan poder hablar de sus sentimientos con personas comprensivas y con conocimientos y han de ser tranquilizadas e informadas de que, a pesar de la naturaleza agresiva de las pruebas, esta fase es crucial para establecer el tratamiento más adecuado. A menudo, los grupos de apoyo a los pacientes y los consejeros experimentados desempeñan un papel esencial en este estadio. (Nirvavi, Payne, 1997)

La tercera fase es el tratamiento. En este punto, la fertilidad dirige a veces la vida de la pareja. Se trata del momento de máxima tensión, ya que los tratamientos pueden ser emocional y físicamente extenuantes. El período de tratamiento suele ser un momento dominado por sentimientos de ira, frustración, ansiedad y sensación de victimización a causa de los fármacos, los médicos y la tecnología. El sexo puede convertirse en una tarea rutinaria y el campo de batalla para muchas emociones negativas. (Nirvavi, Payne, 1997)

También es un período de grandes altibajos emocionales. Al inicio del tratamiento, hay una gran excitación y muchas esperanzas de éxito; a ello pueden seguir la desilusión y la aflicción, si no se consigue el embarazo. La duración de la fase de tratamiento varía mucho dependiendo de la causa de la infertilidad. El 80 % de las parejas que sólo se someten a tratamientos hormonales logran el embarazo tras varios ciclos. En las parejas que han de ser sometidas a técnicas de reproducción asistida (por Ej., FIV), la tasa de éxitos varía entre el 10 % y el 20 % por ciclo de tratamiento. En las parejas que no consiguen el embarazo tras varios ciclos de tratamiento, la decisión de continuar depende de sus deseos y necesidades individuales, tras la consulta con los médicos. (Nirvavi, Payne, 1997)

La cuarta y última fase es de resolución. Después de varios intentos fallidos, llega el momento en que la pareja debe enfrentarse a la decisión de continuar el tratamiento o interrumpirlo. Para muchas, la decisión de dejar el tratamiento va acompañada de sentimientos de desolación, vacío, tristeza, extenuación y, a veces, también de alivio. Sin embargo, al tomar la decisión, las parejas se están dando tiempo a sí mismas para reordenar sus prioridades y cambiar sus metas, proporcionándose una vía para la resolución. En algunos casos, la resolución significará hacer un "descanso" en el tratamiento para volver a intentarlo más tarde; en otros casos tomarán la decisión de adoptar un niño o optan por la decisión consciente de vivir la vida sin hijos. (Nirvavi, Payne, 1997)

La infertilidad es una de las peores experiencias que una pareja puede tener, y esto no se puede negar. Freeman (1987, citado por Guerra,

Llobera, Veiga,Barri, 1998) encontró que la mitad de la muestra de parejas infértiles describían la infertilidad como una experiencia decepcionante. En otro estudio conducido por Mahlstedt (1987, citado por; Guerra, Llobera, Veiga,Barri, 1998)), el 80% de la muestra reportaba que la experiencia de la infertilidad era muy estresante. Otros autores han enfatizado que la pareja empieza a sufrir depresiones, pérdida del autoestima, presentan problemas de salud, sentimientos iguales a los del duelo, culpabilidad, frustración, presentan también problemas maritales; todo esto se asociaba con la imposibilidad para concebir. (Guerra, Llobera, Veiga,Barri, 1998)

Cada miembro de la pareja tiene una manera diferente de enfrentar la infertilidad. Tienen diferentes reacciones emocionales, por ejemplo uno puede ser pesimistas - pasivo, el otro puede ser optimista y ver la infertilidad como un reto y hacerse cargo de la situación. También puede suceder que un miembro de la pareja quiera hablar del tema y unirse a un grupo de apoyo, mientras el otro no quiere expresar lo que esta sintiendo. No existe una manera correcta o incorrecta de reaccionar o ver la infertilidad; siempre y cuando esta reacción no afecta al otro miembro de la pareja ni las posibilidades de concebir. Cada miembro tiene el derecho de manejar la situación de la manera que crea conveniente y que lo ayude a afrontarlo. Y al mismo tiempo respetar a la pareja, para de esta manera evitar confrontaciones, peleas y discusiones .(Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Las reacciones ante la infertilidad tienden a estar relacionadas con el genero; por ejemplo, las mujeres piensan que la infertilidad es mas difícil tanto físicamente como emocionalmente para ellas que para sus esposos.

“La realidad es que nuestros esposos están mas distanciados tanto físicamente como emocionalmente de la infertilidad que nosotras; el como todos los hombre es capaz de no demostrar ninguna clase de emoción ante este problema, solo va al trabajo y no soporta los dolores y las humillaciones; en realidad no tiene el mismo sentido para el que para mi” Pg 262. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Y es que la infertilidad no tiene el mismo impacto tanto en el hombre como en la mujer, esta tiene mayor dificultad para sacarlo de sus mentes por un momento porque es ella la que no queda en embarazo y la que dará a luz a un niño. Por todo el involucramiento emocional y físico que ella tiene con la infertilidad, tiende a pensar, hablar y obsesionarse mas con el tema que los hombres. La mayoría de los hombres solo piensan en todo esto cuando les toca; en la oficina del doctor o cuando están involucrados en el procedimiento y el diagnóstico. Es muy común que los hombres se vuelvan irritables cuando su pareja vuelve la infertilidad un punto muy importante en su vida y la mujer se vuelve irritable cuando su pareja no se involucra, y no muestra signos de que le importe lo que esta sucediendo .(Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Como se dijo anteriormente las mujeres tienden a volverse obsesivas sobre este tema ya que en todo momento del día deben estar pendientes de la cita donde el médico, tienen también que monitorear su ciclo menstrual, su temperatura, su moco cervical, estar pendientes de no tener relaciones sexuales para no mal utilizar espermatozoides si no esta ovulando. Aunque la mujer trate de olvidar su infertilidad, tiene constantes recuerdos durante todo el día. Toda esta atención que le da al tema hace que los

esposos se sientan rabiosos, rechazados, celosos, logrando apartarse de su pareja y no expresar sus sentimientos, por esta razón la mujer puede sentirse dolida y rabiosa, logrando sola apartarse del esposo.(Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Lo que se debe hacer es vincular al esposo en todo el proceso, por ejemplo; que la acompañe al doctor, esto demuestra que la pareja si esta en el proceso y dará soporte emocional, sobre todo cuando se tiene que realizar exámenes dolorosos, e invasivos y que provocan estrés de una u otra manera. Las parejas deben hablar de su infertilidad, aquí la comunicación juega un papel muy importante, ya que se deben tomar decisiones médicas, a que doctor ver, cuando parar el tratamiento, ver la adopción como alternativa. Es probable que existan enfrentamientos y que la misma relación se vaya deteriorando, si las decisiones no se toman conjuntamente incluyendo ambas partes de la pareja . Estas áreas se abordaran mas adelante, ya que es de vital importancia en este proceso de reproducción asistida. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Como se ha venido diciendo, existen diferentes aspectos como los psicológicos, emocionales, maritales, psicosociales que influyen en las parejas infértiles que se están sometiendo a diferentes tratamientos de Reproducción Asistida. Estas variables afectan de tal manera que pueden impedir que se logre el embarazo, por esto se deben tener en cuenta en todo el proceso para controlarlas. Por ejemplo; el porcentaje de problemas psicológicos en las parejas infértiles va desde un 25% hasta un 60% (Seibel and Taymor, 1982, citado por Guerra, Llobera, Veiga,Barri, 1998) Las dificultades psicológicas de las parejas infértiles son muy complejas e

influyen muchos factores como; las diferencias de genero, la causa y el tiempo de la infertilidad, la etapa en que se encuentran del tratamiento o si se esta investigando la causa, y/o las estrategias que estén usando para tratar el problema de infertilidad (Wright; 1991; Andrews 1992; Tarlatzis, 1993; citados por Guerra, Llobera, Veiga,Barri, 1998)

Diferentes factores, incluyendo las estrategias para manejar la infertilidad, problemas emocionales, relaciones maritales y psicosociales en el momento de empezar a hacer el FIV, juegan un papel muy importante en la predicción del ajuste a la infertilidad y la satisfacción del paciente con el tratamiento de fertilidad (Golombok, 1992; citado por Guerra, Llobera, Veiga,Barri, 1998). De otro lado, terapia psicológica y una buena consejeria demuestran que son efectivos en la reducción de altos niveles de ansiedad en parejas que pasan por los diferentes pasos de un tratamiento (Tarlatzis,1993; citado por Guerra, Llobera, Veiga,Barri, 1998) .

Según Wright,1991; Sabourin,1991; (citados por Guerra, Llobera, Veiga,Barri, 1998), las mujeres infértiles muestran mayores síntomas psicológicos que su pareja. Las mujeres están mas involucradas en el proceso del tratamiento y es normal que estas estén mas afectadas (estrés). La infertilidad masculina se relaciona mas con problemas emocionales y dificultades maritales (Edelman and Connolly, 1986; Connolly, 1992; citado por Guerra, Llobera, Veiga,Barri, 1998) . Las mujeres comúnmente no están afectadas por demostrar su estrés; los pacientes hombres, comúnmente no lo muestran causando y teniendo un poco mas de riesgo a

enfermedades somáticas (Tarlatzis 1993; citado por Guerra, Llobera, Veiga,Barri, 1998) La diferencia de género se puede explicar por las mismas restricciones sociales, donde los hombres no tiene la costumbre de expresar sus sentimientos abiertamente. (Guerra, Llobera, Veiga,Barri, 1998)

Por todo lo dicho anteriormente se cree conveniente, para efectos de esta investigación, que se analicen las siguientes variables; estres, depresión, y relación de pareja, esto para poder entender y afirmar en última instancia, si estas se relacionan con los resultados de los tratamientos de reproducción asistida. Al comprobar que estas variables afectan a los miembros de la pareja, tanto física como emocionalmente, se podrán tener en cuenta al llevar acabo dichos tratamientos y de esta manera lograr que exista mayores probabilidades de lograr el embarazo; ya que al disminuir la aparición física y psicológica de dichas variables se darán respuestas de mayor tranquilidad, seguridad y aumentaran las probabilidades de lograr el embarazo.

Empezaremos analizando el estrés, para conocer como es su funcionamiento y su relación con los tratamientos de reproducción asistida. Este término es muy difícil de definir, ya que existen diferentes maneras de hacerlo. Una de las maneras puede ser: las reacciones que las personas tienen ante situaciones que representan exigencias. Otra definición dice que es un proceso donde se evalúan los eventos del medio como dañinos, amenazantes o desafiantes, con el fin de tener respuestas y poder

responder a esos eventos. Estas respuestas pueden incluir no solo componentes psicológicos, sino emocionales, cognoscitivos y cambios en el comportamiento. (Crooks, 1991; Sarason, Sarason, 1996, Reeve, 1994)

Para fines de esta investigación, es importante examinar las alteraciones del estrés, tanto fisiológicas como psicológicas, ya que este acompañara a las parejas en todo el proceso, desde que se diagnostica la infertilidad, en los procedimientos de los tratamientos y en los resultados definitivos de estos.

Cuando una pareja es diagnosticada infértil, pierde el control de sus cuerpos y de sus vida, empieza entonces un proceso largo de citas médicas, exámenes dolorosos, rutinas sexuales. Las personas que están acostumbradas a manejar sus vidas a su conveniencia; ahora no podrán hacer lo que consideran necesario, sino lo que les ordenan. La infertilidad es una crisis mayor ya que es un aspecto importante en la vida de las parejas, y se considera una perdida, como se menciona anteriormente. La infertilidad y posteriormente los tratamientos traen consigo estrés físico, emocional, y hasta financiero.

Entre las alteraciones psicológicas del estrés se presentan las siguientes: respuestas cognoscitivas, que producen baja habilidad para la concentración, altos niveles de distractibilidad, incapacidad para realizar tareas que necesiten pensar, pensamientos de tristeza, confusión, y puede presentarse una memoria olvidadiza. El estrés suele añadirle a los elementos existentes en una persona preocupación y auto-evaluaciones negativas. (Crooks, 1991; Reeve, 1994)

Dentro de las alteraciones psicológicas del estrés encontramos: las emocionales, que incluyen: irritabilidad, rabia, depresión, hostilidad o culpabilidad. La ansiedad y la depresión son unas de las alteraciones más dañinas debido a que las personas que las presentan, suelen ser incapaces de ajustarse bien a la estrés, convirtiéndose en seres psicológicamente y fisiológicamente maltratados, condición que aumenta hasta llegar a presentar desordenes mentales y físicos. (Crooks, 1991; Reeve 1994)

También existen las respuestas comportamentales ante el estrés, estas son muchas y sería imposible mencionarlas todas, pero sí se podrían dividir en tres clases. Conductas adaptativas, de confrontación o de evitación y escape. Las alteraciones fisiológicas que provoca el estrés son la hiperactividad del sistema nervioso. Cuando el sistema nervioso simpático es activado y sostenido, las hormonas presentan una hiperactividad provocando la alteración fisiológica. (Reeve, 1994)

Las respuestas fisiológicas del estrés según Hans Selye, (citado por Crooks 1991; Reeve 1994), son diversas, él observó en un experimento como las ratas responden ante un evento estresante, esto lo llevó a formular el concepto de GAS (Síndrome de Adaptación General). De acuerdo con este término cuando un organismo es confrontado con un evento estresante su cuerpo se moviliza para la acción. Este esfuerzo es mediado por el sistema nervioso simpático y trabaja primordialmente por medio de la acción específica de tres hormonas que actúan en los músculos y los órganos del cuerpo. Selye (citado por Crooks, 1991; Reeve, 1994)también anotó que la exposición prolongada al estrés, cuando no es adecuadamente manejada, o que produce daños a los tejidos (ulcera), incrementa la susceptibilidad

para diversas enfermedades y puede producir hasta la muerte en casos extremos. (Crooks, 1991; Reeve, 1994)

Selye (citado por Crooks, 1991; Reeve, 1994) describe tres fases para la adaptación general del síndrome: fase de alarma, resistencia y agotamiento. Cuando un organismo se expone a eventos estresantes la primera experiencia es la de alarma. Inmediatamente el sistema nervioso simpático produce hormonas de estrés provenientes de la corteza adrenal (llamadas glucocorticoides, adrenalina y noradrenalina de la medula adrenal), para responder ante el estresor. Estas hormonas preparan al cuerpo para “pelear” produciendo una serie de reacciones fisiológicas del estilo de las siguientes: Primero el ritmo cardíaco aumenta, haciendo que la sangre llegue más rápidamente a diferentes partes del cuerpo y la persona pueda responder ante cualquier peligro. Estas respuestas también proveen reservas extras para que la persona pueda efectuar tareas “sobrehumanas”, por así decirlo. La digestión disminuye durante esta fase suministrando mas sangre a los músculos y el cerebro. La respiración también aumenta para llevarle mas oxígeno a los músculos. Otras personas responden al estrés con tensión muscular para la preparación de respuestas adaptativas. Otras reaccionan permitiendo que el cuerpo quemé mas energía (produciendo calor) cuando se enfrenta a situaciones de emergencia, de esta manera el cuerpo suda y este sudor refresca el cuerpo. Finalmente existen agentes de coagulación en la sangre, con el fin de que cuando existan heridas abiertas no se pierda mucha sangre en caso de ataque y heridas. (Crooks, 1991; Reeve, 1994)

En esta etapa de alarma se presentan respuestas de tipo reflejo, es decir que puede no existir conciencia de las respuestas a nivel cortical. Es conocido como activación de primer nivel o de nivel neural. Un claro ejemplo de este tipo de respuestas son aquellas en que el organismo reacciona rápidamente, cuando un conductor frena bruscamente para evitar a un peatón. (Méndez, Olivares, 1998)

Sin embargo, el ser humano no es capaz de mantener la fase de alarma por mucho tiempo, eventualmente el sistema nervioso parasimpático actúa previendo un mecanismo de “pare” para los órganos activados por el sistema simpático. En este punto los organismos entran en una segunda fase, de resistencia, donde el cuerpo se enfrenta o se adapta al estresor. En estos casos se inicia la activación algo más lenta pero más duradera del llamado eje dos o neuroendocrino. Cuando este se dispara se activan las glándulas suprarrenales que a su vez provocan la secreción de adrenalina y noradrenalina. En este momento se generan reacciones como aumento de presión arterial y del aporte sanguíneo al cerebro, incrementa la tasa cardíaca y la cantidad de sangre expulsada en cada latido del corazón, la elevación de la estimulación de los músculos esqueléticos. Aquí también se dan respuestas motoras de afrontamiento, por esto para que este eje se dispare depende de la demanda del medio y de la evaluación que la persona haga de la situación de estrés y de sus capacidades para enfrentarlo. Por ejemplo si la persona considera que tiene los medios para enfrentarse, se pone en marcha este eje, si no puede hacer nada más, la persona tendrá que soportar el estrés. (Méndez y Olivares, 1998)

Si el estrés se prolonga o se repite, el organismo entra en una tercera fase, denominada de cansancio, donde el cuerpo pierde su capacidad de enfrentarse al estresor. Como resultado de las otras fases los tejidos muestran signos de cansancio, aumentando la susceptibilidad y disminuyen la resistencia aunque la reacción de alarma no disminuye. Si el organismo no logra estrategias para reducir el estrés, diferentes enfermedades pueden surgir y algunas hasta provocar la muerte. (Crooks, 1991; Reeve, 1994)

En esta fase, en la cual se encuentra activado el eje tres o endocrino, la persona percibe el estímulo estresor como mayor que sus fuerzas. Al evaluar sus habilidades para afrontar esta situación tiene la percepción de que no tiene elementos para salir adelante. (Méndez y Olivares, 1998)

Aquí se pueden distinguir cuatro subejos: el primero es el adrenal-hipofisario, aquí se libera el cortisol y corticosterona. Sus efectos son: aumento de la irritación gástrica, incremento en la producción de urea, supresión de los mecanismos inmunológicos, supresión del apetito y el desarrollo de sentimientos asociados a desesperanza, depresión y pérdida de control. El segundo es la secreción de la hormona del crecimiento, su papel en la respuesta de estrés aun no está clara. El tercero es el incremento en la secreción de las hormonas tiroideas las cuales provocan desgaste general. Por último está la secreción de vasopresina la cual provoca un aumento en la retención de líquidos, para que dicha secreción se active la amenaza debe ser larga e intensa, si la respuesta es más lenta sus efectos serán más persistentes ya que provocarán una respuesta crónica ante el estrés. (Méndez y Olivares, 1998)

Este eje solo se dispara cuando la persona no tiene las estrategias conductuales para afrontar el estrés y responde pasivamente ante él. El afrontamiento del sujeto es importante ya que en función de ellas este emitirá respuestas fisiológicas. Si se compara con el problema que están viviendo las parejas infértiles, se ve que el medio les está amenazando con un evento estresante, desagradable, el cual ellos no pueden controlar, por esto responden pasivamente ante el, por consiguiente el cuerpo emite respuestas fisiológicas, que lo mas probable es que influyan en el sistema endocrino de la mujer, impidiendo el buen funcionamiento de este. Por esta razón se considera que las parejas deben tratar de afrontar el problema de una u otra manera, para así bajar los niveles de tensión y que el cuerpo este trabajando de la mejor manera.

Los factores que contribuyen al estrés son varios, entre los que encontramos la falta de control, la inmediatez y la ambigüedad. Investigaciones muestran que el no tener control sobre eventos o eventos impredecibles generan mayor estrés que las que tienen control y son predecibles. Las personas que pueden predecir, modificar y terminar un evento desagradable generan menores niveles de estrés. Como se dijo anteriormente en el caso de la infertilidad el no tener control sobre cuando quedar en embarazo, cuando tener relaciones sexuales, el no tener control sobre el cuerpo, pueden elevar los niveles de estrés. (Crooks, 1991; Reeve, 1994)

La inmediatez del evento también influye en la generación de estrés. Cuando ocurren eventos de repente es difícil encontrar mecanismos para disminuir el estrés, pero si los eventos van sucediendo paulatinamente es

más fácil acostumbrarse al evento. Otro aspecto que puede generar mayor grado de estrés es la ambigüedad ya que se puede encontrar una posibilidad de adaptación y es más fácil encontrar lo que produce el estrés. (Crooks, 1991)

Ahora bien, todas estas manifestaciones del estrés que presentan las personas ante eventos amenazantes son respuesta que se tienen ante el cambio de concentración de ciertas hormonas que se liberan desde las glándulas endocrinas al torrente sanguíneo, este las transporta a través del cuerpo a los diferentes órganos. La especificidad de los efectos que tienen las hormonas está determinada por la selectividad de los receptores en las membranas celulares. Las glándulas endocrinas secretan hormonas en un ritmo estable, pero varían de acuerdo a la estimulación. (Rosenzweig, Leiman, 1992)

En los casos normales la percepción cerebral del peligro libera una señal de tipo neural u hormonal que activa el hipotálamo. Este a su vez, libera la hormona corticotropina (CRF) que está destinada a la hipófisis anterior. Esta hipófisis tiene la posibilidad de liberar múltiples hormonas que actúan sobre diversos órganos del cuerpo. La mayoría son llamadas hormonas trópicas, debido a que su papel principal es el control de las glándulas endocrinas situadas por todo el cuerpo. Dentro de las sustancias que secretan se encuentra la GH (hormona de crecimiento) la cual también influye en otros factores como la reducción de azúcar, el hambre, el ejercicio y el estrés. También secreta TSH (hormona estimulante de tiroides), ACTH (hormona adrenotrópica). La hormona luteinizante LH y la hormona

estimulante de las células intersticiales (ICSH) las cuales influyen sobre las actividades de las gónadas. (Rosenzweig, Leiman,1992)

Al mismo tiempo que están ocurriendo estas liberaciones de hormonas existe siempre un muy definido sistema de retroalimentación. Este sistema mantiene el equilibrio constante en todas las etapas del proceso y esta retroalimentación es vital en la comprensión de los nexos biológicos que hay entre el estrés y la infertilidad y por tanto los tratamientos de reproducción asistida.

Por ejemplo; durante el tratamiento de FIV se administran una serie de hormonas que trastornan totalmente este sistema de retroalimentación provocando que a todos los niveles (hipotálamo, hipófisis, glándula suprarrenal) se pierda el control en la emisión de hormonas. Esto ocasiona excesos en la liberación de hormonas y por tanto en la activación del organismo de la persona. Esta empieza a tener bruscos cambios hormonales y a presentar síntomas de estrés, sin necesidad de presenciar un evento estresante.

Siguiendo con la relación entre estrés e infertilidad, se realizó un estudio, importante para destacar. Este se hizo para comprobar la creencia que al disminuir el estrés se puede llegar a la concepción. Sandler y Nijs 1984 reunieron a diferentes parejas que presentaron altos niveles de estrés durante su tratamiento de reproducción asistida, estos nunca lograron el embarazo, y estaban decididos a tomar la otra vía posible, la adopción. Luego reunieron reportes de estas parejas, después de la adopción y encontraron que los niveles de estrés habían disminuido drásticamente, y algunas de estas parejas infértiles, lograron el embarazo, sin someterse a

ninguna clase de tratamiento previo. Si se retoma un argumento que dice, que la adopción muchas veces resuelve los conflictos de infertilidad ya que disminuye el estrés, la inseguridad y culpabilidad, vemos que se cumple en este caso, ya que las parejas estaban diagnosticadas infértiles, y lograron el embarazo al dejar las angustias, presiones y pensamientos negativos a un lado. (Sanders, Bruce, 1997)

La capacidad de afrontamiento, y la manera de manejar las dificultades, tiene una influencia en la manera como se identifica y se resuelven los problemas. La capacidad para el afrontamiento que las personas poseen tiene una influencia sobre la cantidad de estrés que sienten y como lo manejan. Muchas veces las parejas infértiles no saben manejar el estrés, entonces esta situación está más allá de su capacidad de afrontamiento, haciendo que la persona tenga pensamientos negativos de si mismo, “no sirvo para nada, no puedo controlar la situación, que será de mi “ entre otras logrando solo llevar a la persona a presentar depresión. Por esta razón se cree conveniente controlar el estrés.

Siguiendo con las variables que se quieren estudiar para conocer si existe o no relación con ellas y los tratamientos de Reproducción Asistida, examinaremos la depresión. Esta al igual que el estrés, influye en que los tratamientos de fertilidad no arrojen los resultados esperados. La depresión es vista como una reacción normal ante una pérdida, también como un estado dentro del dolor y como un síntoma psicológico que se debe tratar para que la persona se sienta mejor.

Se han realizado numerosos estudios para conocer la relación entre la depresión y resultados de tratamientos de reproducción asistida. Unos han

demostrado que la depresión tiene un impacto en los pacientes infértiles; Por ejemplo La incidencia de la depresión como un síntoma psicológico entre pacientes infértiles es igual a los índices de depresión de pacientes con enfermedades terminales. Otros estudios demuestran que el impacto de la infertilidad en funciones psicológicas son el doble que en el resto de la población. (Domar, Dreher, 1997)

Golombok, 1992, realizó sus estudios y concluyó que las parejas que están en tratamientos para la infertilidad, los cuales no resultan positivos, se vuelven mas vulnerables a presentar depresiones. Se piensa que la depresión puede estar relacionada con los bajos índices de embarazo en los tratamientos de FIV y hasta puede aumentar la infertilidad. Otros muestran la correlación entre la manera como las personas afrontan la infertilidad y las emociones subsecuentes que se presentan. Primero se encontró que personas que son optimistas les va mucho mejor En segundo lugar las personas que buscan maneras para solucionar los problemas relacionados con su infertilidad tienen menores niveles de depresión, que los que evaden o escapan los problemas. (Hunt, Monach, 1997)

Se les puede sugerir a los pacientes infértiles que tienen pocas habilidades de afrontamiento, una intervención para brindarle esas habilidades, a esto se le agregar que se apoyen entre si ambos miembros de la pareja. Esto se puede argumentar con el siguiente caso: “ La señora X, de 35 años, había sido sometida a dos tratamientos de FIV, presentaba una depresión severa e intenciones de suicidio. Su esposo el señor Z participaba pasivamente en todo lo que tenía que ver con el tratamiento incluyendo la toma de decisiones importantes. La señora X se había alejado

de las amigas que tenían hijos, evitaba las reuniones familiares y no le comentaba a nadie sobre como se sentía, ni de su situación actual. Como resultado de todo esto, se volvió mas introvertida. Ninguno de sus colegas en el trabajo sabia lo que le estaba sucediendo, no conocían los problemas que tenia para concebir; muchas veces dejaba de ir al trabajo cuando tenia que tener contacto con mujeres embarazadas. Después de varias semanas en consulta la señora X decidió trabajar sobre ciertos pensamientos y conductas, las cuales estaban influyendo en su estado de depresión. Descubrió que sus pensamientos y miedos podían ser expresados sin temor. Empezó a compartir estos pensamientos con su esposo y luego con sus amigos. Siguió con sus clases de pintura, un hobby que tenia desde antes de empezar estos tratamientos. Encontró que era sano descubrir y conocer a lo que mas le temía ella. A esto se le suma el trabajo que se hizo con sus pensamientos destructivos de ella misma, y descubrió el por qué se sentía deprimida. Gradualmente la señora disminuyo sus distorsiones de pensamientos negativos. Actualmente no presenta depresiones, esta un poco triste y presenta muy pocas angustias sobre el futuro, pero esta dispuesta a empezar de nuevo el tratamiento y se siente preparada para afrontar sus sentimientos si no logra concebir” .pp. 190 (Hunt, Monach, 1997)

Existen numerosos estudios que confirman, al igual que el anterior, que la depresión se vuelve un factor importante de controlar cuando esta interfiriendo en el tratamiento y cuando su duración es prolongada. El 25% de pacientes en procesos de reproducción asistida experimentan síntomas de depresión severa. (Syme, 1997)

También se ha estudiado la depresión utilizando el inventario de Beck , encontrándose que 36.7 % de las mujeres en tratamientos de FIV presentaban depresión, comparándolas con 18.4% de pacientes control (15). Los reportes confirman que la infertilidad y sus tratamientos son experiencias estresantes. Aunque estas mujeres tenían habilidades para combatir la depresión, presentaban mayor depresión que las que no poseían estas habilidades. (Demyttenaere, Bonte, Gheldof, Vervaeke, Meuleman, Vanderschuerem, D´Hooghe, 1998)

En otros estudios hechos en Boston, Ma en Octubre de 1997 se encontró que mujeres infértiles con depresión son capaces de concebir después de conocer técnicas para el manejo de estrés, que las mujeres en el mismo tratamiento con depresión leve, y sin ninguna clase de conocimientos en el manejo del estrés. “ Por primera vez se puede decir que si se calma la depresión en mujeres, esta más propensa a quedar en embarazo” Alice Domar, Ph.D., directora del Mind/Body Center for Women´s Health at Beth Israel pg. 1026. (Demyttenaere, Bonte, Gheldof, Vervaeke, Meuleman, Vanderschuerem, D´Hooghe, 1998)

En este estudio se trabajo con 147 mujeres infértiles, las cuales asistieron a un grupo de manejo de estrés por 10 semanas. La edad promedio era 35 años y la mayoría tenían 3 años de estar tratando de concebir. Después de 6 meses de completarse el programa, 44% de las mujeres lograron el embarazo.

Domar explica que; “ se sabe que la depresión interfiere con muchas hormonas que a su vez afectan a la ovulación y la implantación del embrión. Agrego que la tristeza que resulta de todo el proceso de tratamiento, influye

negativamente en el proceso” pg. 1027. (Demyttenaere, Bonte, Gheldof, Vervaeke, Meuleman, Vanderschuerem, D’Hooghe, 1998)

Nuevas investigaciones muestran que los programas de reducción de estrés, tales como la relajación profunda y el manejo de emociones, pueden ayudar a las mujeres a concebir. Las mujeres que llegan al programa Mind/Body en el Centro Medico Beth Israel en Boston emplean una gama de ejercicios mentales y corporales, tales como la relajación profunda, imaginación huida y manejo de emociones para ayudar a las mujeres infértiles a enfrentar el estrés y por consiguiente la depresión que las acosa. “ Las mujeres que llegaron al programa estaban muy estresadas, deprimidas e irritadas, tenían problemas en sus matrimonios y toda clase de desajustes, a las 10 semanas comenzaban a sentirse mejor, mucho mejor y a medida que se reducía el estrés, se producían los embarazos”, señaló Domar pp. 1027. (Demyttenaere, Bonte, Gheldof, Vervaeke, Meuleman, Vanderschuerem, D’Hooghe, 1998)

Como se ha venido planteando, los fallos en los tratamientos de reproducción asistida están acompañados con aumentos en la depresión y estrés. El estrés altera las funciones reproductoras ya que el hipotálamo regula tanto las hormonas de estrés y las sexuales. Este estrés altera la manera como el hipotálamo libera estas hormonas llevando a irregularidades en el organismo las cuales influyen con la fertilidad. Por ejemplo: el estrés puede afectar los niveles de estrógeno, esencial para la ovulación, y la progesterona, necesaria para la implantación del embrión. Por otro lado la depresión, logra solo añadirle mas síntomas a los pacientes tales como; perdida de apetito y sueño, culpabilidad, y pensamientos de suicidio. Al

tener en cuenta estas dos variables se ve necesario que la intervención médica debe incluir manejo del estrés y se deben controlar los síntomas de depresión.

Aunque los efectos biológicos del propio tratamiento explicarían por sí solos la relación entre estrés, depresión y la reproducción asistida, no se debe olvidar que estos no son los únicos. Existe toda una variedad de componentes no biológicos, donde se incluyen los aspectos psicológicos pertinentes. Estos pertenecen al ámbito de cómo las personas se perciben a sí mismas, como es su relación de pareja, incluyendo aquí aspectos tales como comunicación, expresión de afecto y sexualidad, que tanto conocimiento se tiene del procedimiento que se lleva a cabo y que tipo de expectativas manejan las personas. Todos estos aspectos se relacionan entre sí, de forma que es difícil encontrar los límites de estos temas, por eso a continuación se explicaran.

Cuando la pareja se entera de su infertilidad, su causa y el tratamiento adecuado para ellos, empieza entonces un momento difícil, y es aquí donde la pareja necesitará mayor unidad, comprensión y comunicación. El estrés, la frustración y la pena de ser infértil puede destruir emocionalmente a una persona y junto con esto a la pareja. Aquí la sexualidad, comunicación y el autoestima influye en que la pareja sepa afrontar el problema.

Es frecuente que se preste mucha más atención a los aspectos fisiológicos de la infertilidad, mientras que sus implicaciones emocionales permanecen ignoradas y sin tratamiento. Como consecuencia, la mayor parte de los afectados suelen sufrir en la más absoluta soledad, lo que

añade a las ya existentes una nueva tensión que puede tener una influencia negativa sobre el éxito del tratamiento. La estabilidad de la pareja es fundamental en este proceso porque permite manejar toda una serie de situaciones estresantes de una manera apacible. En este orden de ideas, surgen los problemas de comunicación como una de las principales dificultades por las que pasan dichas parejas. Dentro de este contenido abarcamos tanto los casos en que las parejas no hablan, como las que no saben comunicarse de una manera adecuada.

En muchas ocasiones, las parejas consideran que su forma de hablar no es mala, por el simple hecho de no tener palabras ni acciones violentas, no gritan, ni discuten. Esto no quiere decir que su forma de hablar sea buena, estas personas suelen respetarse, funcionan armónicamente por acuerdos previos, pero olvidan el hecho de tener viva la relación, fomentando el ocio, incrementando la riqueza de la relación, intercambiando sentimientos y opiniones. (Feliu, Güell,1992)

“Tener una relación viva y equilibrada implica discutir de vez en cuando, pues ello demuestra un interés activo por el crecimiento mutuo dentro de la pareja; significa inquietud, deseo de aclarar ideas, de mejorar, y ganas de compartir esta inquietud intercambiando experiencias, creencias y opiniones. “ (Feliu, Güell,1992 pg 88)

La inmovilidad o quietud es uno de los enemigos de la relación. La relación requiere de cambio continuo y de adaptación a las nuevas necesidades personales y comunes. Manifestar desagrado, inquietud, y aburrimiento, cansancio, molestia es el primer paso para una buena comunicación entre la pareja. Vale aclarar que la comunicación no es solo

verbal, también existe la comunicación no verbal; lenguaje corporal, movimiento, gestos, estos aspectos y muchos otros nos dan información acerca de lo que la persona quiere decir. (Feliu, Güell,1992)

“ El hecho de hablar no quiere decir que no nos comuniquemos “. Las parejas suelen irritarse cuando su cónyuge no le habla. Pero no se han dado cuenta que el contenido no verbal es tan importante como el verbal, este depende y le da credibilidad a lo que la persona dice. La comunicación es muy importante también, porque esta puede disminuir drásticamente. Los sentimientos de culpa, pena y frustración pueden hacer que decremente en la pareja el compartir sus sentimientos. La falta de una buena comunicación hace que los miembros de la pareja se sientan solos, sin apoyo y sintiendo que nadie los entiende. (Feliu, Güell,1992)

Dentro de la relación de pareja, también están los aspectos del afecto y la sexualidad, que son fundamentales para que la pareja supere estas coyunturas. Sin embargo muchas personas creen que es mejor no expresar los sentimientos, ya que lo consideran signo de debilidad, otras por el contrario le dan rienda suelta a sus emociones, estas son dos posturas opuestas. Hay que tener en cuenta que los cambios emocionales influyen mucho en cada momento de la pareja, pero el pensamiento y la valoración que se hace de los hechos es lo que controla la emoción. Las personas deberían estar atentas a toda la información directa o indirecta que nos indica si nuestra pareja tiene sentimientos de alegría o de tristeza, para así poder llegar a ella más fácilmente. (Feliu, Güell,1992)

El tema sexual es especialmente delicado durante la reproducción asistida porque como se puede ver tanto el hombre como la mujer tendrán

momentos en los que una relación sexual con penetración y/o eyaculación no se debe tener. Esto coloca a las personas para quienes las relaciones sexuales son un tema de tabú en peligro de que generen aun mayores niveles de estrés.

Cuando existen problemas de infertilidad, la sexualidad pierde la espontaneidad el afecto y el placer. Esto sucede por el hecho que la mujer se debe estar tomando la temperatura, tomando hormonas, incluso por esfuerzos que hay que hacer cuando no se pueden tener relaciones o por tenerlas cuando se lo piden a las parejas. El sexo se empieza a asociar con estrés, fracaso, empieza a verse como una obligación, lo único que logra es decrementar el deseo, producir dificultades orgásmicas o cualquier otra disfunción sexual.

Cuando una pareja decide tener un hijo, probablemente piensan que este será entre la pareja, nunca se imaginan que esto va a interrumpir la vida sexual, o que el doctor va a hacer parte de los momentos mas íntimos de la pareja, diciendo o decidiendo cuando tener relaciones sexuales, cada cuanto, y a veces como tenerlas. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Cuando la sexualidad; algo normal, privado y personal, hace parte de un diagnostico y tratamiento médico, los resultados pueden ser desastrosos para la pareja. Antes de descubrir la infertilidad, las parejas tienen una relación sexual, normal y feliz, la infertilidad puede acabar con todo eso, por lo menos temporalmente. . (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

El involucramiento del doctor en la vida sexual de las parejas comienza probablemente cuando este le pide al hombre una muestra de

semen por medio de la masturbación. Aparentemente esta solicitud parece inofensiva, pero la mayoría de los hombres se apenan, se incomodan, molestan y hasta se llegan a sentir humillados. La pareja, por otro lado, no se incomodan ante la petición, pues son ellas las que tienen que pasar por el resto de exámenes y muestras dolorosas e incómodas, mientras que los hombres lo único que deben hacer es una simple prueba. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

A menos que se vaya a usar un donante para el proceso, el hombre tiene que producir esperma para los procedimientos médicos, como para la inseminación artificial y FIV. Los hombres se sienten humillados cuando una recepcionista o enfermera (mujer) les pide, frente a un consultorio lleno de personas, una muestra, y aunque suene raro se sienten incómodos cuando entran a una baño o cuarto equipados de revistas o cualquier otro material de adultos para ayudarlos a estimular. Por esta la esposa debe jugar un papel importante para el esposo y no presionarlo, ya que esto le puede molestar y ponerlo mas nervioso. Se debe apoyarlo, darle a entender que se le agradece lo que esta haciendo y que esta colaborando y contribuyendo con el tratamiento. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

En el proceso del tratamiento el doctor rápidamente entra a hacer parte de la pareja, y a conocer sus momentos mas privados. Preguntara cuantas veces a la semana tiene relaciones sexuales, cuando tiempo dura y hasta querrá conocer las posiciones que usan las parejas. También es común que le pidan a las parejas un examen postcoital. Puede que el doctor también pida que tengan relaciones sexuales en determinados días del mes, alrededor de la etapa de ovulación. Desde este momento la vida sexual de

las parejas no prima ni de amor, ni afecto o deseo, sino de un doctor y un termómetro. Sin duda desde este momento se inician los problemas sexuales y maritales. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Debido a la presión o la demanda exigida, no es raro encontrar que los hombres se vuelven impotentes, y les cuesta trabajo mantener o llegar a la erección. Esto también afecta a las mujeres, se le hace difícil llegar al orgasmo o pierden el interés por el sexo, les interesa solo para la procreación.

Así como hay que fijar el tiempo para tener relaciones sexuales, también hay que hacerlo para la abstinencia. Hay momentos en el tratamiento en que el doctor les pide no tener relaciones sexuales. Los horarios definidos para las relaciones sexuales y la abstinencia, combinados con los cambios de ánimos causados por las drogas y por las decepciones al fracasar cada mes, ayudan a que crezcan los problemas en el matrimonio. Comienzan a aparecer los conflictos entre los miembros de las parejas, pero no solo relacionados con la infertilidad, empiezan a afectar todo los ámbitos de ambos miembros de las parejas. Empiezan a culparse, insultarse y acusarse de la culpabilidad de la infertilidad, o de la manera como el otro miembro de la pareja esta afrontando el problema. Pero ambas partes de la pareja se sienten un poco culpables sobre las dificultades para concebir. Empiezan a culparse por cosas que hicieron o no hicieron cuando eran jóvenes. Esas reacciones a lo único que llevan son a la depresión, rabia y tensión marital. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Cuando un individuo o una pareja se enteran que tiene un problema de infertilidad empiezan a sentirse inferior a los demás, a presentar

depresiones, y pensamientos de tener algún defecto físico empiezan a surgir. La infertilidad puede acabar con el sentido de masculinidad o femineidad que tiene una persona, y empiezan a sentirse que no son atractivos para el otro miembro de la pareja. Estos sentimientos pueden interferir con los sentimientos de atracción sexual y la propia autoestima de la persona. (Niravi, Payne, 1997)

La autoestima se refiere al concepto que cada uno tenga de sí mismo, se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que hemos ido recogiendo durante nuestra vida. La persona capaz de conocerse, de ser consciente de sus cambios, que puede desarrollar sus capacidades y que se acepta y se respeta a sí misma podrá enfrentar los problemas de una mejor manera. Estas personas con alta autoestima son capaces de resolver con seguridad sus retos y aceptar sus responsabilidades. Se caracterizan por lograr manejar el estrés, lograr sus objetivos y reaccionar mejor ante el fracaso, (entre otras cosas). Estas características son básicas para enfrentarse a un tratamiento como el FIV, donde las probabilidades todavía no son las mejores. (Niravi, Payne, 1997)

Obviamente no todas las personas tienen una autoestima alta, sin embargo todas las personas pueden lograrlo si se les entregan las herramientas adecuadas para desarrollarla. Es decir, al ser el autoestima formada o construida, se puede modificar, reaprender a través de métodos y técnicas. La autoestima es la que permitirá que las parejas que se sometan a los tratamientos de reproducción asistida, logren manejar adecuadamente una de las áreas más delicadas del proceso, las expectativas. Estas son de dos tipos, las expectativas en cuanto al éxito/fracaso y las del futuro

dependiendo de lo anterior. Esto genera mucho estrés pues muchas de estas expectativas son perjudiciales para la pareja. (Niravi, Payne, 1997).

Existen factores que inciden en las conductas de cada miembro de la pareja, afectando nuestras acciones y reacciones. Las expectativas (esperanzas, ilusiones, deseos, valores) de cada miembro de la pareja es uno de estos factores. Es muy frecuente que durante la vida compartida que se ha llevado, las expectativas van cambiando y se van uniendo poco a poco hasta llegar a tener, sino las mismas, expectativas muy similares. Los factores que influyen a que esto ocurra son: la vida cotidiana, responsabilidades adquiridas, economía, familiares etc. Cada miembro de la pareja se debe esforzar por analizar cuando se presente una nueva perspectiva (hijos). No ver solo el punto de vista de uno, sino también analizar las expectativas de la pareja, para poder tomar una decisión mas objetiva que subjetiva. (Feliu, Guell,1992)

El manejo de expectativas debe incluir el manejo de las cargas afectivas que cada una conlleva, logrando un casi imposible equilibrio entre desear con toda el alma ese embarazo y aceptar que se debe estar preparado para el bastante probable fracaso.

Como se ha venido diciendo, la infertilidad es una crisis, afecta todos los aspectos de la vida de una persona; sus sueños, expectativas, su relación de pareja. Pocas crisis en una persona son tan desafiantes.

Al haber llevado a cabo esta revisión de las diferentes causas de infertilidad tanto en el factor masculino como en el femenino, los diferentes tipos de tratamientos que existen para estas causas, y las diferentes variables que influyen en la infertilidad, como lo son la depresión el estrés y

la relación de pareja, se puede decir que la infertilidad es una enfermedad mas común de lo que se piensa ya que actualmente, a nivel mundial, entre unos 50 y 80 millones de personas la sufren.

En estos momentos la atención prestada por los médicos al problema de la infertilidad se enfoca en examinar a fondo las variables físicas asociadas, dejando de lado, en la mayoría de los casos, el análisis de las variables psicológicas involucradas, y el efecto que las mismas pueden tener sobre los resultados del tratamiento. Es importante estudiar, analizar y modificar las variables psicológicas asociadas ya que como se ha venido diciendo pueden tener un efecto negativo en el tratamiento de reproducción asistida. El estrés estará presente en todos los momentos de la vida de estas parejas, causando en algunos casos depresión. En las mujeres estas dos variables pueden causar ovulación irregular y cambios hormonales, entre otras. En el hombre pueden causar poca cantidad y calidad de los espermias. La relación de pareja también se ve afectada, primero porque ambos miembros presentan cambios emocionales muy frecuentes ya que ambos sienten que han perdido el control, causando baja autoestima, perdida del deseo sexual, pena, miedo, culpa, entre otros. Conociendo y entendiendo los aspectos físicos de los pacientes, al igual que los psicológicos, se ayudarían a las parejas a afrontar y a solucionar su problema de infertilidad.

En conclusión la existencia cada vez mayor de parejas enfrentándose a su infertilidad y por consiguiente a tratamientos de reproducción asistida; y las evidentes conexiones entre lo biológico y lo psicológico en estos casos, justifica la investigación de este tema, para de esta manera conocer

mas sobre la infertilidad y sus implicaciones para luego poder controlar las variables que pueden influir negativamente en estos tratamientos, como lo son el estrés, la depresión y la relación de pareja.

Al comprobar que estas variables se relacionan con los tratamientos, se podrá empezar con la creación de un protocolo psicológico para las parejas que desean empezar con algún tratamiento de reproducción. También se podrían crear talleres para brindarle las herramientas esenciales a estas parejas, como por ejemplo, describir los procesos de estrés desde el punto de vista psicológico y fisiológico para que entiendan el proceso, ejemplificar diferentes técnicas de relajación consiguiendo que sean capaces de utilizarlas en situaciones estresantes del tratamiento, educar a las parejas sobre la comunicación y su importancia en la vida de pareja de forma que sean capaces de identificar sus errores de comunicación, mostrar las dificultades en las expresiones de afecto y por ende de sexualidad de una manera práctica para que enfrenten su relación de una manera diferente, demostrar que la sexualidad no se limita solo a aspectos relacionados con los órganos genitales, sino que todo el cuerpo humano tiene aspectos placenteros. Con esto las parejas lograrían mas éxitos en los tratamientos y de esta manera las parejas se verían favorecidas tanto en la actualidad como en el futuro.

Por todo lo dicho anteriormente se crea la necesidad de realizar una investigación que de solución al siguiente problema: ¿Existe relación entre la depresión, el estrés y relación de pareja con los resultados de los tratamientos de Reproducción Asistida?

Para la ejecución de este problema se establecieron los siguientes objetivos:

Objetivo General: Determinar si la depresión, estrés y la relación de parejas se relacionan con los tratamientos de reproducción asistida (FIV, inseminación artificial).

Objetivos Específicos:

- Describir que es la infertilidad y los diferentes tratamientos que existen para contrarrestarla.
- Describir la depresión, el estrés y la relación de pareja en los pacientes infértiles.
- Analizar por medio de estadística, si la depresión, estrés y la relación de pareja se relacionan con los resultados de reproducción asistida.

Las Hipótesis que guiarán la presente investigación son:

- Hipótesis de Trabajo: Sí existe relación entre la depresión, estrés y la relación de pareja con los resultados de reproducción asistida.
- Hipótesis Nula: No existe relación entre la depresión, estrés y la relación de pareja en los resultados de Reproducción asistida.

Variables del estudio:

A través de esta investigación se pretende medir el estrés, la depresión y la relación de pareja (variables predictoras), las cuales están en una escala de intervalo y se definen conceptualmente como:

Estrés: Reacciones de la gente ante situaciones que representan exigencias y demandas por parte del medio, se medirá a través del IPI.

Depresión: Síntomas que incluyen insatisfacción, cambios en el apetito, sueño, pérdida del interés, sentimientos de culpabilidad, pensamientos de muerte, disminución en la concentración. Se medirá a través del Inventario de Depresión de Beck.

Relación de pareja: Conducta social entre una mujer y un hombre. Estas conductas incluyen expresión de sentimientos (asertivo, de manera directa, sin intentar forzar el acuerdo del otro a través del control aversivo; agresivo, de manera que incluye el uso explicativo de formas coactivas para forzar el acuerdo del otro; o afrontamiento agresivo-pasivo, carencia de expresión directa y clara de las preferencias, sentimientos u opiniones personales, mientras que, de forma indirecta se intenta coaccionar a la otra persona para que ceda.) Se medirá a través del ASPA.

La variable criterio es el embarazo, medida en una escala nominal, y es definida conceptualmente como; estado del cuerpo materno durante el desarrollo del embrión, desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento. Su definición conceptual es; estado del cuerpo materno durante el desarrollo del embrión, se medirá con pruebas de laboratorio de determinara si la mujer esta o no embarazad.

A continuación se describirá, las variables que se podrán controlar para darle una mayor validez interna a la investigación.

Del experimentador: La habilidad para la aplicación de pruebas es fundamental, ya que la capacidad, personalidad y comportamientos de la

persona que aplica la prueba pueden ser factores que influyen en la buena ejecución del paciente.

El instrumento será controlado a través de la utilización de la misma prueba para todos los sujetos, ya que el usar una prueba igual evita alteraciones e invalidez del estudio.

Las variables de procedimiento que se controlará son: el día de la aplicación ya que ese día los pacientes no deben pasar por ningún examen médico. El lugar de la aplicación debe tener buena iluminación, ventilación, temperatura, nivel de ruido y otras condiciones físicas que sean apropiadas ya que se prefiere un lugar donde los sujetos estén cómodos y relativamente libres de distractores. Las instrucciones para la aplicación de la prueba serán controladas por medio de la elección de una persona la cual será la encargada de darlas verbalmente a todos los sujetos, ya que se deben evitar confusiones al presentar instrucciones con diferentes personas y diferentes formas de expresión verbal. Nivel de conocimientos por parte de los pacientes, estos deben tener conocimientos básicos de lectura y escritura, ya que la prueba será escrita e individual.

Método

Diseño:

Para conocer la relación entre depresión, estrés y relación de pareja con los resultados de los tratamientos de Reproducción Asistida, se utilizó un diseño descriptivo-correlacional. Estos se encargan de describir de manera independiente los conceptos o variables a los que se refieren para luego medir las variables y ver si están relacionadas o no relacionadas, y en que grado. (Hernández, Fernández, Baptista, 1998)

Sujetos:

La población se seleccionó por conveniencia ya que los sujetos son los que están disponibles para los experimentadores. Se trabajó con los pacientes que se estaban realizando un tratamiento de reproducción asistida (FIV, inseminación artificial) en el centro UFEC, (Cartagena) y CEFES (Medellín). No fue posible trabajar con los demás centros nombrados en el anteproyecto, por dificultades en el desplazamiento, por tal motivo no se incluyen en la población.

Instrumento:

Para la realización de esta investigación se aplicó la prueba IPI, Infertility Perceptions Inventory, IPI, elaborada por C. R. Newton en el Department of Psychology, London Health Sciences Centre, University Campus, London ON Canada. El objetivo que llevo a Newton a realizar la prueba fue hacer una investigación Psicológica sobre la infertilidad, ya que existen pocos instrumentos para medirlas. Este estudio se condujo para elaborar un instrumento que sirviera para medir los diferentes aspectos sobre la infertilidad como el estrés. Se elaboró un cuestionario y se

administro a 2302 hombres y mujeres, los cuales se estaban realizando tratamientos de Reproducción Asistida como FIV, inseminación intrauterina, e inseminación con un donante. (Newton,1997)

Los materiales y el método que se uso fue el siguiente; 84 items con 7 subescalas provisionales elaboradas con base a literatura científica sobre las creencias y situaciones reportadas por pacientes infértiles. Las personas debían contestar se grado de acuerdo o desacuerdo que tenían respecto a al pregunta planteada, esto se basaba en una escala de 6 puntos. Las parejas también contestaron el inventario de Depresión de Beck, Stai y el Desirability scale of the Jackson PRFE. (Newton,1997)

Los 46 items que componen el cuestionario se derivaron de un proceso de análisis de items. Los primeros items fueron escogidos para maximizar la confiabilidad de la subescala. Los siguientes items fueron correlacionados con otras subescaleas .Los resultados fueron: IPI tiene alta consistencia interna (coefficient alpha = 0.93). Las cinco subescalas tenían buena confiabilidad; estrés social (0.87), estrés sexual (0.77), relación de pareja (0.82) , preocupaciones futura (0.80) identificación de rol (0.84). (Newton,1997)

La media entre las escalas fue de 1.44. Las mujeres obtuvieron niveles mas altos que los hombres en todas las escalas. Todas las 6 escalas tuvieron su correlación con depresión (media = 0.38), y con estrés(media = 0.30). Todas las escalas se relacionaron con estrés social, sexual y relación de pareja; estas son predictoras para problemas emocionales tanto para hombres como para mujeres. (Newton,1997)

Como conclusión se puede decir que IPI es un instrumento que mide diferentes dimensiones de infertilidad. Aparece sensible a diferencia de sexos, diagnóstico y duración de la infertilidad. La correlación entre los puntajes de las subescalas le dan su validez, y estas también se puede usar para conocer más sobre la infertilidad.

Otra prueba utilizada fue el ASPA (Cuestionario de Aserción en la Pareja), su autora es María José Carrasco Galán. Esta prueba evalúa cuatro tipos diferentes de estrategias de comunicación usada por los miembros de una pareja para afrontar situaciones conflictivas que pueden surgir en una convivencia marital. (Carrasco, M^a. José, 1998)

Evalúa la frecuencia con que son utilizadas cuatro estrategias diferentes de afrontamiento: asertiva (AS), agresiva (AG), sumisa (SU) y agresiva-pasiva (AP), ante situaciones conflictivas. También ayuda a confrontar la visión que tiene cada persona sobre su forma de encarar situaciones problemáticas normales en una convivencia de pareja. (Carrasco, M^a. José, 1998)

La aserción se caracteriza por la expresión de los sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera directa, sin intentar forzar el acuerdo del otro a través del control aversivo, tal como castigo y amenaza de castigo. La persona puede expresar asertivamente sentimientos positivos y negativos, considerando entre los primeros el efecto y entre los segundos el enfado o la ira. (Carrasco, M^a. José, 1998)

La agresión es una expresión de los sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera que incluye el uso explícito de formas coactivas para forzar el acuerdo del otro. La coacción incluye la expresión

de castigo y amenazas. El castigo explícito incluye el denigrar, insultar, la agresión física y declaraciones directas de ostracismo social. Las amenazas directas incluyen avisos de posibles castigos. (Carrasco, M^a. José, 1998)

La sumisión se refiere a la carencia de expresión directa y clara de los sentimientos, preferencias u opiniones personales y sometimiento automático a las preferencias, poder o autoridad del otro. (Carrasco, M^a. José, 1998)

La agresión-pasiva es la carencia de expresión directa y clara de las preferencias, sentimientos u opiniones personales, mientras que, de forma indirecta se intenta coaccionar a la otra persona para que ceda. LA coacción indirecta incluye infligir indirectamente castigos y amenazas. Los intentos de oponerse o manipular al otro de forma indirecta incluirían la retirada de afecto, “las malas caras”, la obstrucción pasiva, insinuaciones de agravio y ostracismo social encubierto a través del corte de comunicación (“los silencios”). (Carrasco, M^a. José, 1998)

El cuestionario está compuesto por 40 elementos, con 10 elementos para cada una de las cuatro escalas que lo componen: la subescala de Aserción, la de la Agresión, la de Sumisión y la de Agresión pasiva.

El cuestionario describe diez situaciones que recogen aspectos representativos de la vida de una pareja en temas generales como relaciones sexuales, manifestaciones de afecto o interés, comunicación, tiempo libre o tareas caseras. La conflictividad que se plantea en las distintas situaciones se centra en: ser ignorado en demandas o planteamientos respecto a temas concretos, enfrentarse a desacuerdos, demandas realización de tareas cuyo cumplimiento es desagradable o poco

grato, ser criticado, ser insultado, menospreciado o ignorado. Estas diez situaciones se repiten a lo largo del cuestionario, variando la forma concreta de enfrentarse a cada una de ellas. Esta variación recoge los cuatro tipos de comportamientos evaluados por el cuestionario, distribuyéndose éstos al azar en el instrumento. . (Carrasco, M^a. José, 1998)

Para cada elemento, se le pide a la persona que indique la frecuencia con la que tiende a comportarse de la forma descrita, mediante una escala de seis puntos: (1) casi nunca, (2) pocas veces, (3) ocasionalmente, (4) bastante a menudo, (5) generalmente, (6) casi siempre. (Carrasco, M^a. José, 1998)

Se puede decir que ASPA proporciona información diferenciada sobre la frecuencia de diferentes estilos de comportamiento de cada cónyuge: asertivo, agresivo, sumiso y agresivo-pasivo, en la relación de pareja.

El análisis de los datos de fiabilidad y validez refleja tanto la elevada consistencia Interna de las subescalas como su moderada relación con instrumentos diseñados para medir conceptos parecidos.

El cuestionario de Beck, se utilizo para medir el nivel de depresión de una persona. Consta de 21 items. La persona debe señalar cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ultima semana, incluyendo el día que realiza la prueba.

Una vez contestada, se suman las puntuaciones, donde el puntaje mayor sera 63 y el menor 0. Entre mas elevado es el puntaje mas severa es la depresión. Si el puntaje es bajo refleja que la persona se siente muy bien.

La interpretación es la siguiente; de 1 a 10 depresión leve, de 11 a 16, Mild mood disturbance, de 17 a 20 Depresión Border Line, de 21 a 30

Depresión Moderada, de 31 a 40 Depresión Severa, mas de 40 depresión severa.

Procedimiento:

Para llevar acabo esta investigación se inició con una revisión conceptual de Infertilidad, en donde se incluyeron aspectos como: causas de infertilidad, tratamientos de infertilidad, variables relacionadas con esta como los son estrés, depresión, relación de pareja, y la descripción de los procesos psicológicos y fisiológicos del estrés y la depresión y demás aspectos generales, los cuales contribuyeron a la creación del marco teórico de la investigación.

Se contacto con la Dr. Ofelia Castellar, en el cetro UFEC, y presto su apoyo en la investigación, y al mismo tiempo realizó contacto con los diferentes centros en el país para que la investigación fuera mas grande.

Se tuvo conocimiento de la prueba IPI, y se hicieron los contactos necesarios para localizarla en Canadá, para luego hacer la correspondiente traducción y prueba piloto. Posteriormente se adquirieron las otras dos pruebas, ASPA y el cuestionario de Depresión de Beck.

Luego se aplicaron dichas pruebas, se analizaron los datos y se realizó el análisis estadístico, para conocer con exactitud como se relacionaron estas variables con en el resultado final, el embarazo.

Recursos:

La investigación será realizada por Angélica López Araujo, estudiante de Psicología de noveno semestre, la Psicóloga Mónica Mojica Perilla. como directora, la Ginecóloga, Ofelia Castellar como asesora.

La realización de este estudio requerirá de una inversión económica provisional de aproximadamente \$ 1.070.000. Los costos se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

Impresión.....	\$200.000
Fotocopias.....	\$80.000
Libros.....	\$ US 250
Llamadas telefónicas.....	\$40.000
Procesamiento Estadístico.....	\$ 100.000
Pruebas Psicológicas	\$ 150.000

Resultados

En esta investigación se trabajó con una población de trece (13) mujeres a las cuales se estaban realizando un tratamiento de fertilización. De estas, cuatro (4) lograron el embarazo, lo que equivale al 30.6% de la población. Las nueve (9) restantes no quedaron en embarazo, lo que equivale al 69.2% de la población. (ver tabla y figura numero1)

Tabla 1

Resultados de embarazo

Descripción	Mujeres	%
Si	4	30,8
No	9	69,2
Total	13	100,0

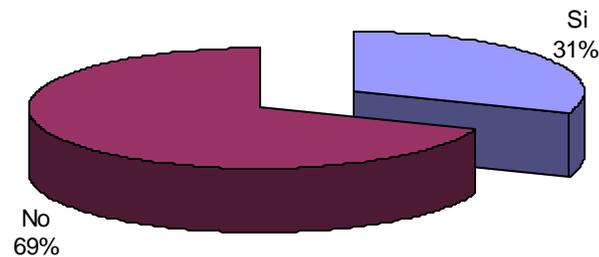


Figura 1. Resultados de embarazo

Entre las pruebas aplicadas esta el IPI. Dentro de esta encontramos cinco (5) categorías. La primera es el Interés social,

donde se puede concluir que el 30.8% de las mujeres presentan puntajes bajos, el 61.5% presenta unos puntajes promedio y el 7.7% presenta puntajes moderadamente alto. Se concluye que entre mas alto es el puntaje existen menores probabilidades de un embarazo. (ver tabla y figura numero2)

Tabla 2

IPI

Interés social

Descripción	Mujeres	%
1-20	4	30,8
21-40	8	61,5
41-60	1	7,7
61-80	0	0,0
Total	13	100,0

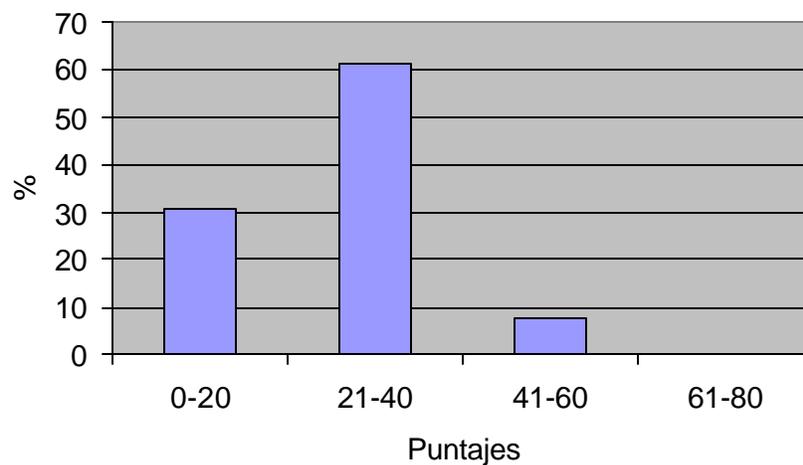


Figura 2 Interés social

Dentro de los indicadores estadísticos de la categoría de Interés social tenemos que el puntaje que más se repite (moda) es el 23. El 50% de las mujeres de la muestra obtuvieron un puntaje de 24 o menor (mediana). El promedio de los puntajes fue de 25.5% (media). El 25% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 20 o menor (primer cuartil). El 75% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 28 o menor (tercer cuartil). Los puntajes de las mujeres se desvían en promedio con relación a la media en 8.2 puntos (desviación estándar). Los puntajes varían en un 32.3%, lo que indica que hay una variabilidad alta, los puntajes de la muestra no son homogéneos en cuanto al interés social (coeficiente de variación).

La segunda categoría de la prueba es el Interés sexual. Podemos concluir que el 30.8% de las mujeres presentan puntajes bajo, y el 69.2% presentan un puntaje promedio. Se puede suponer que entre mayor es el puntaje, menos probabilidades de quedar en embarazo. (ver tabla y figura numero3)

Tabla 3

IPI
Interés sexual

Descripción	Mujeres	%
0-20	4	30,8
21-40	9	69,2
41-60	0	0,0
61-80	0	0,0
Total	13	100,0

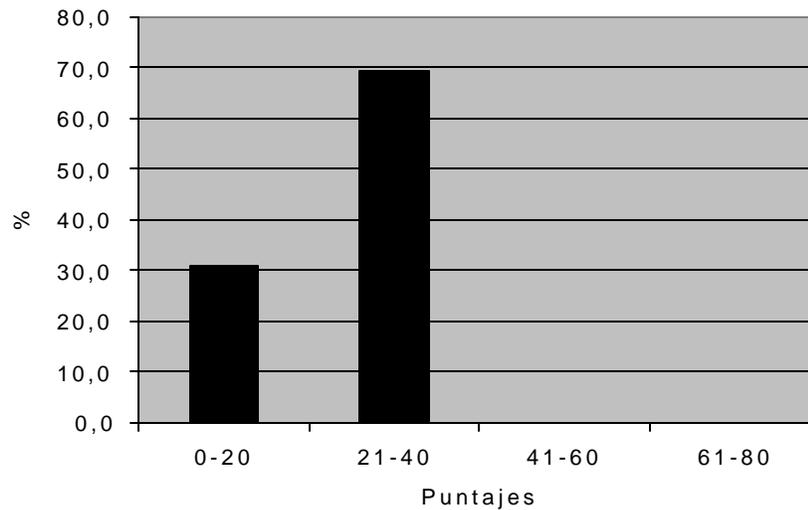


Figura 3. Interés sexual

Dentro de los indicadores estadísticos de la categoría de Interés sexual tenemos que el puntaje que más se repite (moda) es el 22. El 50% de las mujeres de la muestra obtuvieron un puntaje de 22 o menor (mediana). El promedio de los puntajes fue de 21.3% (media). El 25% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 17 o menor (primer cuartil). El 75% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 25 o menor (tercer cuartil). Los puntajes de las mujeres se desvían en promedio con relación a la media en 5.1 puntos (desviación estándar). Los puntajes varían en un 24.0%, lo que indica que hay una variabilidad alta, los puntajes de la muestra no son homogéneos en cuanto al interés sexual (coeficiente de variación).

La tercera categoría de la prueba es el Interés en las relaciones, se puede concluir que el 7.7% de las mujeres presentan puntajes bajos, y el 92.3% presentan puntajes promedio, indicando que entre mayor es el puntaje existen probabilidades de lograr un embarazo. (ver tabla y figura número 4)

Tabla 4

IPI
Interés en las relaciones

Descripción	Mujeres	%
0-20	1	7,7
21-40	12	92,3
41-60	0	0,0
61-80	0	0,0
Total	13	100,0

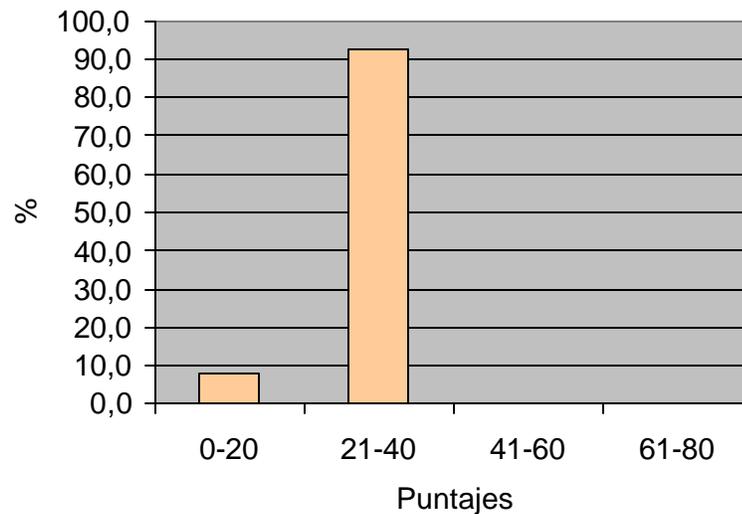


Figura 4. Interés en las relaciones

Dentro de los indicadores estadísticos de la categoría de Interés en las relaciones tenemos que el puntaje que más se repite (moda) es el 34. El 50% de las mujeres de la muestra obtuvieron un puntaje de 34 o menor (mediana). El promedio de los puntajes fue de 30.5% (media). El 25% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 25 o menor (primer cuartil). El 75% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 36 o menor (tercer cuartil). Los puntajes de las mujeres se desvían en promedio con relación a la media en 7.9 puntos (desviación estándar). Los puntajes varían en un 26.1%, lo que

indica que hay una variabilidad alta, los puntajes de la muestra no son homogéneos en cuanto al interés en las relaciones (coeficiente de variación).

La cuarta categoría de la prueba es el Rechazo al estilo de vida sin niños, se puede concluir que el 23.1% de las mujeres presentan puntajes bajos, el 69.2% presenta unos puntajes promedio, y el 7.7% presentan puntajes moderadamente alto. Entre mayor es el puntaje menor es la probabilidad de quedar embarazada. (ver tabla y figura numero 5)

Tabla 5

IPI
Rechazo al estilo de vida sin niños

Descripción	Mujeres	%
0-20	3	23,1
21-40	9	69,2
41-60	1	7,7
61-80	0	0,0
Total	13	100,0

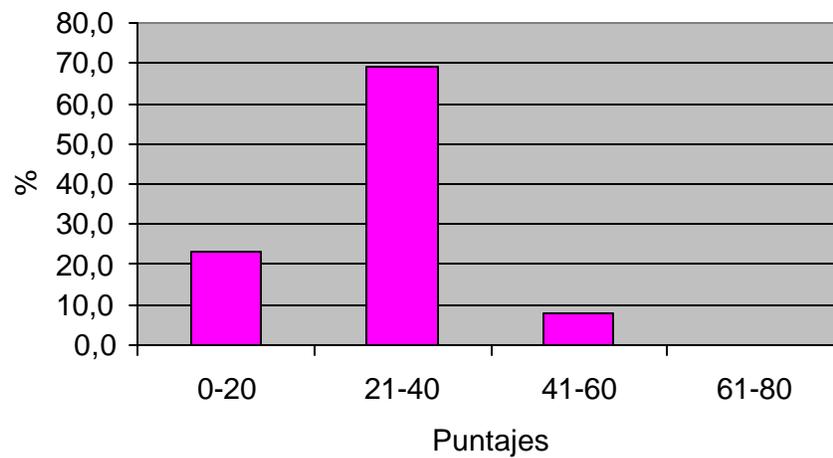


Figura 5. Rechazo al estilo de vida sin niños

Dentro de los indicadores estadísticos de la categoría rechazo al estilo de vida sin niños tenemos que el puntaje que más se repite (moda) es el 23. El 50% de las mujeres de la muestra obtuvieron un puntaje de 23 o menor (mediana). El promedio de los puntajes fue de 23.9% (media). El 25% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 21 o menor (primer cuartil). El 75% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 28 o menor (tercer cuartil). Los puntajes de las mujeres se desvían en promedio con relación a la media en 9.0 puntos (desviación estándar). Los puntajes varían en un 37.7%, lo que indica que hay una variabilidad alta, los puntajes de la muestra no son homogéneos en cuanto al rechazo al estilo de vida sin niños (coeficiente de variación).

La quinta categoría de la prueba es la Necesidad de una maternidad. En esta categoría podemos concluir que el 30.8% de las mujeres presentaron puntajes promedio, y el 69.2% presentaron puntajes moderadamente altos. Entre mas alto es el puntaje menores probabilidades de lograr el embarazo (ver tabla y figura numero 6)

Tabla 6

IPI
Necesidad de una maternidad

Descripción	Mujeres	%
0-20	0	0,0
21-40	4	30,8
41-60	9	69,2
61-80	0	0,0

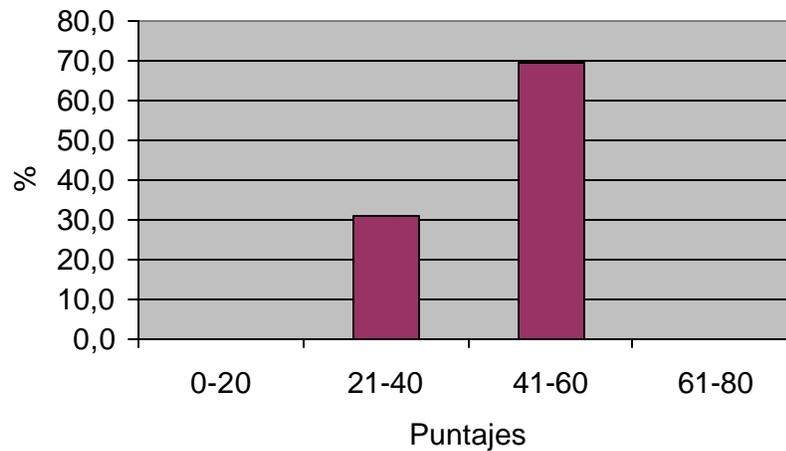


Figura 6. Necesidad de una maternidad

Dentro de los indicadores estadísticos de la categoría necesidad de una maternidad tenemos que el puntaje que más se repite (moda) es el 49. El 50% de las mujeres de la muestra obtuvieron un puntaje de 44 o menor (mediana). El promedio de los puntajes fue de 3.2% (media). El 25% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 40 o menor (primer cuartil). El 75% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 46 o menor (tercer cuartil). Los puntajes de las mujeres se desvían en promedio con relación a la media en 4.8 puntos (desviación estándar). Los puntajes varían en un 11.0%, lo que indica que hay una variabilidad moderada, los puntajes de la muestra no son tan homogéneos en cuanto a la necesidad de una maternidad (coeficiente de variación).

El estrés global de la prueba arrojó los siguientes datos. El 15.4% de las mujeres presentan un puntaje bajo, el 69.2% presentan un estrés promedio, el 7.7% presenta un puntaje moderadamente alto, y el 7.7%

presentan un puntaje muy alto. Entre mayor es el puntaje menor es la probabilidad de quedar

en embarazo (ver tabla y figura número 7)

Tabla 7

IPI
Estrés Global

Descripción	Mujeres	%
80-120	2	15,4
121-160	9	69,2
161-200	1	7,7
201-240	1	7,7
Total	13	100,0

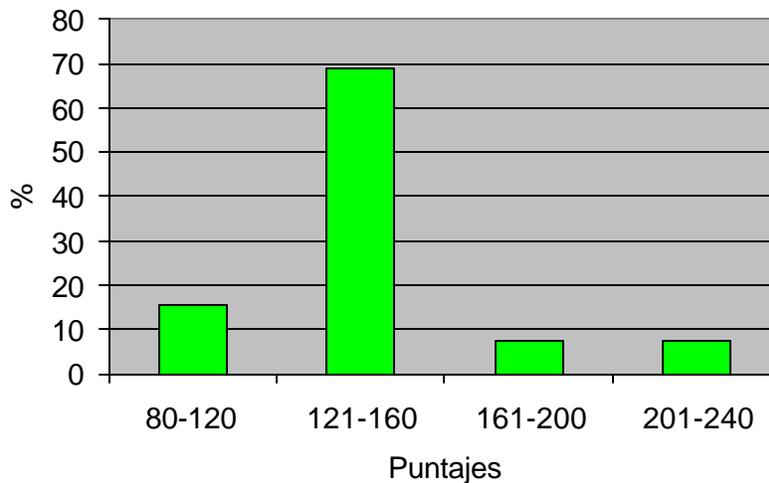


Figura 6. Estrés global

Dentro de los indicadores estadísticos de la categoría de Estrés Global tenemos que el puntaje que más se repite (moda) es el 157. El 50% de las mujeres de la muestra obtuvieron un puntaje de 154 o menor (mediana). El promedio de los puntajes fue de 150.4% (media). El 25% de

las mujeres obtuvieron un puntaje de 136 o menor (primer cuartil). El 75% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 158 o menor (tercer cuartil). Los puntajes de las mujeres se desvían en promedio con relación a la media en 31.4 puntos (desviación estándar). Los puntajes varían en un 20.9%, lo que indica que hay una variabilidad alta, los puntajes de la muestra no son homogéneos en cuanto al estrés global (coeficiente de variación).

Otra prueba aplicada fue el cuestionario de Depresión de Beck, donde se obtuvieron los siguientes puntajes. El 69.2% de las mujeres no presentan depresión, el 15.4% presentan una depresión moderada, y el 15.4% presentan una depresión tipo Border Line. (Ver tabla y figura 8)

Tabla 8

Depresión

Descripción	Mujeres	%
Normal	9	69,2
Moderado	2	15,4
Border line	2	15,4
Total	13	100,0

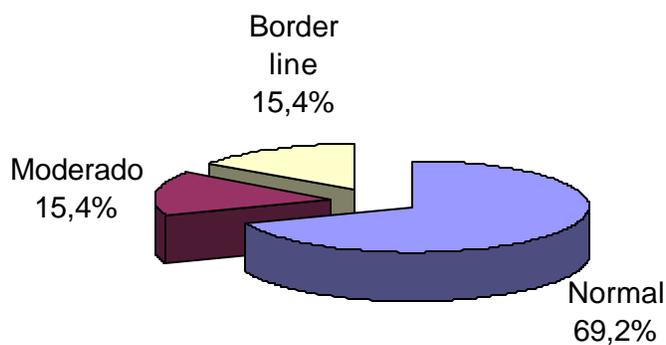


Figura 8 Depresión

Otra de las pruebas aplicadas fue el ASPA, dentro de la cual encontramos 4 categorías, Asertividad, agresividad, sumisión y agresivo-pasivo.

La primera arrojó los siguientes datos. El 15.4% de las mujeres usa la estrategia de la asertividad para solucionar sus conflictos de pareja en un promedio del 21 al 30% de las veces. El 53.8% de las mujeres la utiliza del 31 al 40% de las veces, el 23.1% la utiliza en el 41-50% de las veces y solo el 7.7% de las mujeres usa la asertividad en el 51-60% de las veces. (Ver tabla y figura 9)

Tabla 9

Aserción

Descripción	Mujeres	%
10-20	0	0,0
21-30	2	15,4
31-40	7	53,8
41-50	3	23,1
51-60	1	7,7
Total	13	100,0

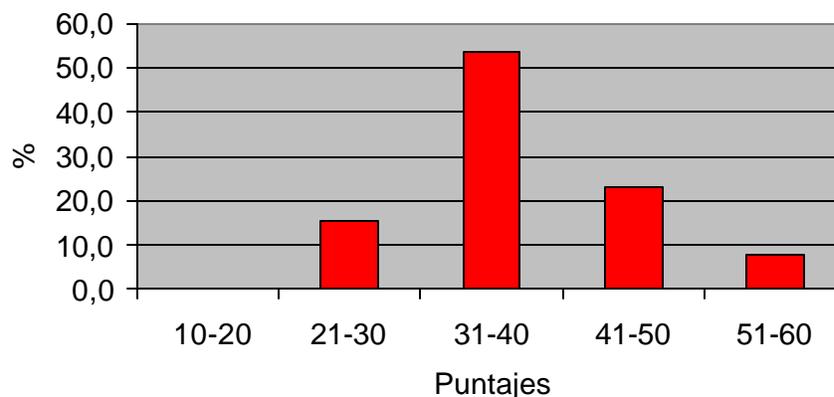


Figura 9. Aserción

Dentro de los indicadores estadísticos de la estrategia de la asertividad tenemos que el puntaje que más se repite (moda) es el 36. El 50% de las mujeres de la muestra obtuvieron un puntaje de 36 o menor (mediana). El promedio de los puntajes fue de 37.1% (media). El 25% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 31 o menor (primer cuartil). El 75% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 41 o menor (tercer cuartil). Los puntajes de las mujeres se desvían en promedio con relación a la media en 9.0 puntos (desviación estandar). Los puntajes varían en un 24.2%, lo que indica que hay una variabilidad alta, los puntajes de la muestra no son homogéneos en cuanto a la utilización de la estrategia de la asertividad en la solución de problemas de pareja (coeficiente de variación).

La segunda estrategia es la de la agresividad. En esta el 69.2% de las mujeres la usan para solucionar sus conflictos de pareja en un promedio del 10 al 20% de las veces, y el 30.8% de las mujeres la utiliza del 21 al 30% de las veces. (Ver tabla y figura 10)

Tabla 10
Agresión

Descripción	Mujeres	%
10-20	9	69,2
21-30	4	30,8
31-40	0	0,0
41-50	0	0,0
51-60	0	0,0
Total	13	100,0

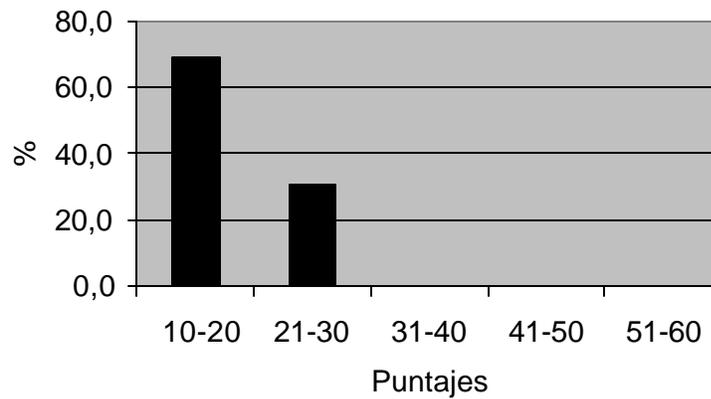


Figura 10. Agresión

Dentro de los indicadores estadísticos de la estrategia de la agresividad tenemos que el puntaje que más se repite (moda) es el 17. El 50% de las mujeres de la muestra obtuvieron un puntaje de 17 o menor (mediana). El promedio de los puntajes fue de 17.4% (media). El 25% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 14 o menor (primer cuartil). El 75% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 22 o menor (tercer cuartil). Los puntajes de las mujeres se desvían en promedio con relación a la media en 5.1 puntos (desviación estándar). Los puntajes varían en un 29.6%, lo que

indica que hay una variabilidad alta, los puntajes de la muestra no son homogéneos en cuanto a la utilización de la estrategia de la agresividad en la solución de problemas de pareja (coeficiente de variación).

La tercera estrategia que mide la prueba ASPA, es la de sumisión. Esta es usada por el 30.8% de las mujeres para solucionar sus conflictos de pareja en un promedio del 10 al 20% de las veces, y el 69.2% de las mujeres la utiliza del 21 al 30% de las veces. (Ver tabla y figura 11)

Tabla 11

Sumisión

Descripción	Mujeres	%
10-20	4	30,8
21-30	9	69,2
31-40	0	0,0
41-50	0	0,0
51-60	0	0,0
Total	13	100,0

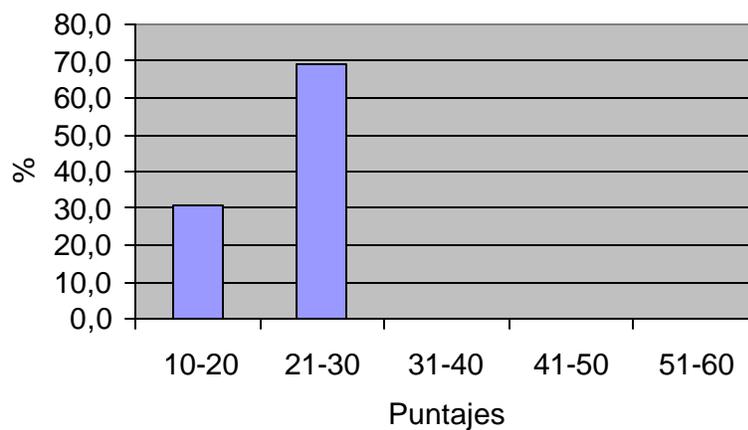


Figura 11. Sumisión

Dentro de los indicadores estadísticos de la estrategia de la sumisión tenemos que el puntaje que más se repite (moda) es el 24. El 50% de las mujeres de la muestra obtuvieron un puntaje de 22 o menor (mediana). El promedio de los puntajes fue de 21.0% (media). El 25% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 19 o menor (primer cuartil). El 75% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 24 o menor (tercer cuartil). Los puntajes de las mujeres se desvían en promedio con relación a la media en 4.6 puntos (desviación estándar). Los puntajes varían en un 22.1%, lo que indica que hay una variabilidad alta, los puntajes de la muestra no son homogéneos en cuanto a la utilización de la estrategia de la sumisión en la solución de problemas de pareja (coeficiente de variación).

La última estrategia que mide la prueba es la agresiva-pasiva. Esta es utilizada por el 23.1% en un promedio del 10-20% de las veces. El 46.2% de las mujeres la utiliza del 21 al 30% de las veces, el 30.8% la utiliza en el 31-40% de las veces y solo el 7.7% de las mujeres usa la asertividad en el 50-60% de las veces. (Ver tabla y figura 12)

Tabla 12

Agresiva-Pasiva

Descripción	Mujeres	%
10-20	3	23,1
21-30	6	46,2
31-40	4	30,8
41-50	0	0,0
51-60	0	0,0
Total	13	100,0

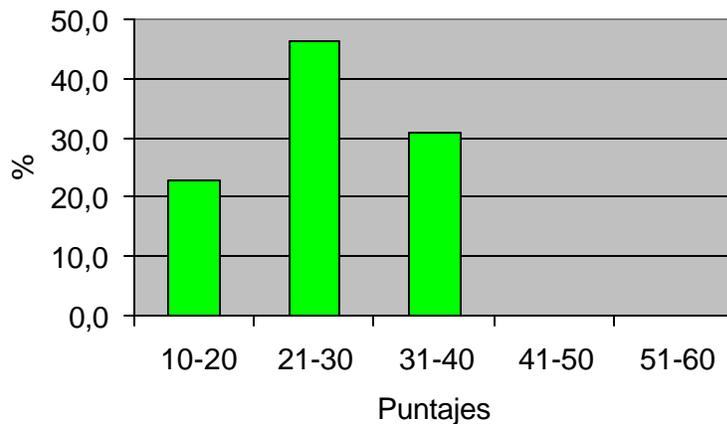


Figura 12. Agresiva-Pasiva

Dentro de los indicadores estadísticos de la estrategia de la agresiva-pasiva tenemos que el puntaje que más se repite (moda) es el 30. El 50% de las mujeres de la muestra obtuvieron un puntaje de 25 o menor (mediana). El promedio de los puntajes fue de 24.2% (media). El 25% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 21 o menor (primer cuartil). El 75% de las mujeres obtuvieron un puntaje de 30 o menor (tercer cuartil). Los puntajes de las mujeres se desvían en promedio con relación a la media en 5.9 puntos (desviación estándar). Los puntajes varían en un 24.4%, lo que indica que hay una variabilidad alta, los puntajes de la muestra no son homogéneos en cuanto a la utilización de la estrategia de la agresiva-pasiva en la solución de problemas de pareja (coeficiente de variación).

Para comparar los puntajes logrados en las 6 categorías del IPI y la variable criterio se compararon las medias de las mujeres que lograron el embarazo y las que no lo lograron, para de esta manera probar si existe relación entre las variables. Encontrándose que en 5 categorías sí existe relación entre las variables predictoras y criterio.

En la primera categoría (interés social) tenemos que la media de las mujeres que no lograron el embarazo es mayor (25.7), que la media de las que si lograron el embarazo (25.3). Se puede concluir que las mujeres que no lograron el embarazo están mas sensitivas ante los recuerdos, comentarios y preguntas sobre su infertilidad, poseen sentimientos de alejamiento o aislamiento de los familiares o semejantes y encuentran las actividades sociales difíciles. (Ver tabla 13)

Tabla 13

Diferencias de medias del Interés social

Embarazo	Interés Social
Si	25,3
No	25,7
Diferencias (Si-N0)	-0,4

En la segunda categoría (interés sexual) la media de las que si quedaron en embarazo es mayor (22.0) que la media de las que no quedaron en embarazo (21.0). En esta categoría no se cumple la teoría, la cual dice que si la mujer no queda en embarazo va a tener una perdida de satisfacción en las relaciones sexuales, teniendo sentimientos de presión ante el horario del sexo y perdida de autoestima sexual. (Ver tabla 14)

Tabla 14

Diferencia de medias del Interés Sexual

Embarazo	Interés Sexual
Si	22,0
No	21,0
Diferencias (Si-N0)	1,0

El interés en las relaciones es la tercera categoría, aquí se ve que la media de las mujeres que no quedaron en embarazo es mayor (30.6) que las

que si quedaron en embarazo (30.3), concluyendo que las primeras presentan problemas en la comunicación abierta y constructiva sobre la infertilidad, dificultad de aceptar las diferencias de genero y presentan preocupación sobre futuras relaciones. (Ver tabla 15)

Tabla 15

Diferencia de medias en el Interés en las Relaciones

Embarazo	Interés en las Relaciones
Si	30,3
No	30,6
Diferencias (Si-N0)	-0,3

La cuarta categoría es el rechazo al estilo de vida sin niños, en esta categoría la media de las mujeres que no quedaron en embarazo es de 24.6, y las que si quedaron en embarazo es de 22.5, pudiendo concluir que por las primeras tener un puntaje mas alto tienen un punto de vista negativo ante un estilo de vida sin niños. Para ellas la felicidad del futuro depende de tener un niño, tienden a presentar dificultad en otros roles de la vida igual de satisfactorios. (Ver tabla 16)

Tabla 16

Diferencia de medias en el rechazo al estilo de vida sin niños

Embarazo	Rechazo al estilo de vida sin niños
Si	22,5
No	24,6
Diferencias (Si-N0)	-2,1

La necesidad de una maternidad es la quinta categoría. En esta las mujeres que no lograron el embarazo también presentaron un puntaje mas

alto (43.6) que las que lograron el embarazo (42.3), pudiendo concluir que las primeras tienen una fuerte identificación con el rol de madre, la maternidad para ellas es un fin de la vida. (Ver tabla 17)

Tabla 17

Diferencia de medias en la necesidad de una maternidad

Embarazo	Necesidad de una maternidad
Si	42,3
No	43,6
Diferencias (Si-No)	-1.3

La última categoría es el estrés global. Aquí se ve claramente que las mujeres que lograron el embarazo presentan puntajes mas bajos (142.3) que las que no quedaron en embarazo (154.0). Se puede concluir que estas mujeres presentan altos niveles de estrés relacionados con la infertilidad, estrés psicológico en comparación a otros individuos del mismo sexo que afrontan infertilidad. (Ver tabla 18)

Tabla 18

Diferencia en las medias del Estrés global

Embarazo	Estrés Global
Si	142
No	154
Diferencias (Si-N0)	-1,1

Al realizar la correlación entre el embarazo y el nivel de depresión se realizó una prueba de contingencia y se obtuvo un puntaje de 0.552

indicando que hay una asociación alta, ya que el coeficiente de contingencia mayor es de 0.85. (ver tabla 19)

Tabla 19

Relación entre embarazo y el nivel de depresión

EMBARAZO	DEPRESION			TOTAL
	Normal	Moderado	Border line	
Si	2	2	0	4
%	22,2	100,0	0,0	30,8
No	7	0	2	9
%	77,8	0,0	100,0	69,2
TOTAL	9	2	2	13
	100,0	100,0	100,0	100,0

Coeficiente de contingencia 0,552

Para comparar los puntajes promedio logrados en las 4 categorías del ASPA por las mujeres que lograron el embarazo y las que no lo lograron se sacaron las diferencias de las medias obtenidas en cada categoría. Encontrando que entre mas asertivas, menos sumisas, menos agresivas y menos agresivas-pasivas mayores probabilidades de embarazo. (Ver tabla 20)

La primera es la aserción, vemos claramente que las mujeres que si lograron el embarazo obtuvieron puntajes mayores (38.8) que las que no lograron el embarazo (36.3). Podemos concluir que estas personas usan la asertividad en mas veces para la solución de conflictos caracterizándose por la expresión de los sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera directa, sin intentar forzar el acuerdo del otro a través del control

aversivo, tal como castigo y amenaza de castigo. La persona puede expresar asertivamente sentimientos positivos y negativos, considerando entre los primeros el efecto y entre los segundos el enfado o la ira. (Ver tabla 20)

La segunda categoría es la agresión, en esta las no embarazadas (usan la agresión en mayor proporción que las embarazadas, mostrando puntajes mas altos (18.6) que las que lograron el embarazo (15.3). Estas mujeres usan la agresión para expresar sus sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera que incluye el uso explícito de formas coactivas para forzar el acuerdo del otro. La coacción incluye la expresión de castigo y amenazas. El castigo explícito incluye el denigrar, insultar, la agresión física y declaraciones directas de ostracismo social. Las amenazas directas incluyen avisos de posibles castigos. (Ver tabla 20)

La sumisión es la tercera categoría. En esta las mujeres no embarazadas tuvieron puntajes mas altos (21.1) que las embarazadas (21.0). Pudiendo concluir que las no embarazadas presentan carencia de expresión directa y clara de los sentimientos, preferencias u opiniones personales y sometimiento automático a las preferencias, poder o autoridad del otro. (Ver tabla 20)

La última categoría es la agresión-pasiva. En esta las mujeres embarazadas obtuvieron puntajes mayores (25.0) que las no embarazadas (24.0). Esta categoría se refiere a la carencia de expresión directa y clara de las preferencias, sentimientos u opiniones personales, mientras que, de forma indirecta se intenta coaccionar a la otra persona para que ceda. La coacción indirecta incluye infligir indirectamente castigos y amenazas. Los

intentos de oponerse o manipular al otro de forma indirecta incluirían la retirada de afecto, “las malas caras”, la obstrucción pasiva, insinuaciones de agravio y ostracismo social encubierto a través del corte de comunicación (“los silencios”). (Ver tabla 20)

Tabla 20

Comparación de puntajes promedio logrados en el cuestionario ASPA según la condición de embarazo

	Aserción	Agresión	Sumisión	Agresión pasiva
<u>EMBARAZO</u>				
Si	38,8	15,3	21,0	25,0
No	36,3	18,6	21,1	24,0
Diferencias (Si-No)	2,4	-3,3	-0,1	1,0

Discusión

Después de la unión de una pareja, llega un momento de la vida de ésta en donde desean conformar una familia, desean tener un hijo, entonces comienzan a preparar todo para su venida en forma natural.

Cuando pasa el tiempo y este embarazo no llega, la pareja decide consultar a especialistas para conocer el motivo por el cual se les ha dificultado concebir un hijo. Aparece entonces la infertilidad, esta inhabilidad para concebir se puede deber a problemas médicos, como en el caso de que algún miembro de la pareja presente algún trastorno o insuficiencia, o se puede deber a razones psicológicas.

La pareja entonces se somete a muchos exámenes, en algunos casos dolorosos e invasivos para conocer la razón por la cual no logran el embarazo. Luego de identificar las razones se continua el proceso buscando el tratamiento adecuado para la pareja (inseminación artificial, FIV, GIFT).

En Colombia, muchas de estas parejas no tiene la posibilidad de someterse a ningún tipo de tratamiento ya que estos son muy costosos y las probabilidades de lograr el embarazo son pocas. Por otra parte, ni el régimen subsidiado de salud, ni el contributivo, ni la medicina prepagada cubren los tratamientos de fertilidad. En Profamilia, que tiene el programa más grande del país y uno de los más económicos, una cirugía de reproducción costaba entre 800 mil y un millón de pesos en 1999. Y no realizan fecundación invitro ya que es demasiado costosa (alrededor de 10 millones de pesos, 1999),

según el doctor Byron Cardozo, ginecólogo de esta entidad, esta solucionaría el problema de un 10% de las parejas infértiles (León, 1999).

Por consiguiente muchas parejas no se someten a tratamientos de infertilidad por su alto costo, si a esto se le agrega la difícil situación económica que estamos viviendo en el país en estos momentos se justifica así el bajo numero de pacientes utilizados en esta investigación, ya que se tomo el total de la población (13 pacientes entre Medellín y Cartagena).

Volviendo al tema de las probabilidades de embarazo, muchas parejas consultan cuales son estas probabilidades de logro en los tratamientos de infertilidad, para esto primero comparémoslo con las probabilidades que tiene una pareja “ normal” en lograr el embarazo, esta es de un 25% en cada ciclo menstrual. Se estima que el 10% de las parejas fértiles no logran el embarazo en el primer año de intentos, y el 5% lo logran después de 2 años. La efectividad de los tratamientos de fertilidad es de un 25% por ciclo, por esto se debe repetir varias veces antes de lograr un embarazo. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999) .

En el presente estudio solo el 30.8% de las mujeres lograron el embarazo, y el 69.2% no lo lograron, lo que nos indica que sí es difícil lograr un embarazo, aunque se tenga la ayuda de tratamientos de fertilidad. Se comprueba de esta manera que aunque la pareja conozca su problema y lo este tratando de solucionar, siguen existiendo variables que interfieren en dicho proceso haciéndolo por lo tanto mas difícil.

En diferentes estudios realizados se ha especulado que la infertilidad de las parejas ha aumentado debido a que cada día se posterga más la

maternidad (para cuando es menos fértil), las mujeres tienen más compañeros sexuales aumentando el riesgo de infecciones, la frecuencia sexual de la pareja ha disminuido, y los hombres, por estrés y sedentarismo, han pasado de tener un promedio de 50 millones de espermatozoides hace unas décadas a tener 20 millones, dice Catalina Zuluaga, bióloga de la Unidad de Fertilidad del Country, en Bogotá. (León, 1999)

Cuando una pareja es diagnosticada infértil, muchas veces sienten que no controlan ni su cuerpo, ni su vida. La infertilidad puede ser una crisis mayor por la importancia que juega en el rol de ser padres. Muchas parejas están acostumbradas a controlar sus vidas, y durante estos tratamientos se les controla sus vidas.

Por esto se dice que puede cambiar todo los aspectos de la vida de una persona, el autoestima, los sueños para el futuro, las relaciones de pareja y las relaciones con los demás. Es una situación estresante y hasta puede producir depresión. Pocas situaciones en la vida pueden ser tan desafiantes y angustiosas. (Syme, 1997)

En la presente investigación se utilizaron diferentes pruebas para comprobar si el estrés, la depresión y la relación de pareja influían en los resultados de reproducción asistida. Se utilizaron el IPI, el inventario de Depresión de Beck, y el ASPA.

El IPI consta de diferentes categorías, la primera es el interés social, la cual es utilizada en este inventario ya que se ha evidenciado que las mujeres que se encuentran en cualquier tipo de tratamiento para lograr el embarazo pasan por momentos de desasosiego. En la presente investigación la media de las mujeres que no lograron el embarazo es mayor

(25.7), que la media de las que si lograron el embarazo (25.3), demostrando que las mujeres que no logran el embarazo tienden a ser mas sensibles a los recuerdos, comentarios y preguntas sobre su infertilidad. Tienen sentimientos de alejamiento o aislamiento de los familiares o semejantes, encuentran que las actividades sociales son un poco difíciles de llevar a cabo, unas en mayor proporción que otras, logrando de esta manera que se aumente el estrés, las preocupaciones, los miedos, las presiones y al mismo tiempo disminuir la probabilidad del embarazo.

Asistir a reuniones como día padre, el de la madre, navidad, bautizos entre otras, son ocasiones de mucha presión para las mujeres infértiles, porque en esos momentos empiezan a pensar y a acordarse de su problema, presentan entonces pensamientos de celos, rabia, dolor, sienten que todas las personas son fértiles menos ellas. Por estas razones muchas veces evitan ir a lugares donde hay una mujer embarazada, bebés y niños pequeños. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Una mujer comentaba “ Cuando llegue a la casa de mi hermana, donde le estaban haciendo una atención por el nacimiento de su hijo, sentí muchas ganas de llorar, pero tuve que contenerme, eso fue lo único que pude hacer, aguantar. Habían muchas mamás con sus bebés. En ese momento decidí que no volvería a pasar por esto, mas nunca asistiría a una de estas reuniones, esto es muy doloroso para mi, y no tengo porque pasar por esto de nuevo. No estaré cerca de mujeres embarazadas ni de niños pequeños. Si no me entienden eso es problema de ellos, en realidad ya no me importa lo que piensen. Algún día esto me pasará, si ellos en estos

momento me entienden la amistad perdurara, pero si no se acabara, en realidad no me importa.” (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Muchas mujeres se protegen de estos sentimientos no asistiendo a esos sitios, pero el problema real es cuando estas situaciones no se pueden evitar, por ejemplo, si el jefe o alguna compañera de trabajo esta embarazada no lo pueden evitar. Ante esta situación la mujer no se puede proteger evitándola, ya que debe seguir en el medio amenazante para ella. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Otra mujer comenta “ muchas veces en el trabajo, como en diferentes situaciones sociales, muchas personas piensan que es mejor no decirles a las mujeres infértiles de compañeras que están embarazadas. Pero esto es algo que no se puede ocultar, ya que en algunos meses se notará. Me molestó mucho cuando mi compañera y amiga no me comento lo de su embarazo, lo peor de todo fue que todo el mundo en el trabajo lo sabia menos yo, inclusive los que no eran amigos de ella. Fui la última persona en enterarme, estaba muy rabiosa con ella, le dije que me lo ha debido contar. Aunque después no me podía concentrar en el trabajo, ya que tenía que esconder mis reacciones y emociones.” (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Otro aspecto que les afecta a estas mujeres es que no saben si contarles a sus familiares y amigos, ni como hacerlo. No poseen la habilidad, ni herramientas para manejar el tema. Esto no es fácil, muchas piensan que son asuntos demasiado personales o les da pena. En esta investigación el interés en las relaciones muestra que la media de las mujeres que no quedaron en embarazo es mayor

(30.6) que las que si quedaron en embarazo (30.3), lo que demuestra que las primeras presentan una dificultad en la comunicación abierta y constructiva sobre la infertilidad, dificultad de aceptar las diferencias de genero y presentan preocupación sobre futuras relaciones, esta preocupación y falta de comunicación hace que la persona genere estrés, pensamientos invasivos, preocupaciones, discusiones, dificultando así el embarazo deseado.

Esta inhabilidad hace que las mujeres estén expuestas a tener discusiones con su pareja por su infertilidad, o sobre cualquier otro problema o situación. Estas discusiones pueden dañar la relación, alterar a los miembros, generar preocupación, por esto estas parejas deben buscar ayuda lo antes posible, para poder tener las herramientas y manejar los pequeños o grandes conflictos.

Para tener una buena comunicación y poder manejar los problemas de infertilidad no se deben culpar entre si sobre este problema, deben tratar de no hacer sufrir a su pareja, hablar sobre el tema, contar sus sentimientos, preocupaciones, las parejas deben ser como un equipo, los dos buscando algo en común. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Es común que entre estas parejas existan sentimientos de culpabilidad del uno con el otro. Empiezan a buscar razones para poder culparse, por ejemplo, por esperar tanto tiempo para tener un

bebe, o por esperar tanto tiempo para buscar ayuda, entre otras. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Pero independientemente de quien presente el impedimento, ambos se sienten en cierto modo culpable. Se culpan de algo que hicieron en su juventud (por ejemplo abortos, muchas parejas sexuales, romances), y piensan que la infertilidad es el castigo. Esta culpabilidad solo los lleva a la depresión, a la rabia, a tener tensión en el matrimonio, y en las relaciones sexuales, cuando en realidad esto empeora la situación. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Algo que causó un poco de desconcierto en la investigación, teniendo en cuenta lo dicho anteriormente es que en la categoría de Interés sexual la media de las que si quedaron en embarazo es mayor (22.0) que la media de las que no quedaron en embarazo (21.0). En esta categoría no se cumple la teoría, la cual dice que si la mujer no logra el embarazo va a tener una perdida de satisfacción en las relaciones sexuales, teniendo sentimientos de presión ante el horario del sexo y perdida de autoestima sexual.

Como es normal en estos tratamientos, el médico pide que tengan relaciones sexuales en un determinado día del mes, en la época de la ovulación. En esos días es muy difícil que las relaciones se tengan por amor o placer, se tienen para poder quedar en embarazo. Puede que esto los lleve a generar presiones, logrando que la mujer no logre el orgasmo, y que la relación de ese día sea solo para lograr la procreación no el placer. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

En el caso de la población de mujeres que si lograron el embarazo pudo darse una situación diferente, ya que las presiones solo se tienen ciertos días del mes (periodo ovulatorio). Son pocos días en los que la mujer piensa en el horario, temperatura, solo en esos días se tiene que preocupar por las tensiones en el sexo. Los demás días del mes están libres de presiones sexuales, cosa que no sucede para las demás categorías de la prueba IPI en las cuales el estrés de las parejas se evidencian en diferentes situaciones. Los pensamientos asociados al área sexual son los únicos que duran pocos días, los demás los lleva la mujer a donde quiera que vaya; como por ejemplo los recuerdos, encontrar las actividades sociales difíciles, problemas en las conversaciones sobre infertilidad, pensar que la felicidad solo la tendrá con un niño, ver la maternidad como un fin de la vida. Por esto se cree que la sexualidad hace que las mujeres sientan presión ante el horario y sexo solo unos cuantos días al mes, por lo tanto es explicable que en esta parte de la prueba las mujeres embarazadas hayan obtenido una puntuación que no se esperaba de acuerdo a la teoría revisada.

Una mujer comenta “ pienso que mi esposo sabe que los días que estoy ovulando yo solo pienso en que deposite sus espermatozoides. Ese es todo mi interés, no me interesa el sexo en esos momentos. Si existiera una pastillita para quedar embarazada, lo cambiara y no tendría relaciones con mi esposo.” (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Pero estos pensamientos les surgen a las mujeres en los días que están fértiles, los cuales son pocos en el mes. En esos momentos piensan solo en el embarazo. Puede que los demás días del mes no presentan esos pensamientos, ya que no es posible bajo ninguna circunstancia que logre el

embarazo. Por esta razón, y sumándole la cultura en la que vivimos donde la sexualidad es un aspecto importante en cada persona, se puede deber que el puntaje no dio como se esperaba.

Otra categoría de la prueba IPI es el rechazo al estilo de vida sin niños, la media de las mujeres que no quedaron en embarazo es de 24.6, y las que si quedaron en embarazo es de 22.5, pudiendo concluir que por las primeras tener un puntaje mas alto tienen un punto de vista negativo ante un estilo de vida sin niños. Para ellas la felicidad del futuro depende de tener un niño, tienden a presentar dificultad en otros roles de la vida igual de satisfactorios.

Estas mujeres tienen la necesidad de un hijo para encontrar una ilusión en la vida; cuando no hay hijos parece mas difícil encontrar un objetivo de la vida. Por otro lado desde pequeños construimos una imagen sobre como seremos cuando seamos padres o madres. Cuando no se puede realizar ese deseo de maternidad, no hay donde cumplir los ideales que se tienen.

El ideal de familia que se tiene por definición, va asociado a la posibilidad de crear un hijo. Una mujer comenta “ yo quiero algo mío, por eso busco un hijo, se le pueden dar tus ideas, tus cosas, hacerlo como tu quieres que sea, no te puedes realizar lo mismo con un sobrino; tu pones las normas si es tu hijo”. Esto de las normas tiene que ver con la herencia familiar, el apellido, todo se pierde por la falta de hijo. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

Como se dijo anteriormente estos pensamientos le generan a la mujer tensión, presiones, angustias y estrés haciendo que su cuerpo no funcione de la mejor manera y de esta forma dificultar el embarazo.

La quinta categoría de la prueba es la necesidad de una maternidad. En esta categoría las mujeres que no lograron el embarazo presentaron un puntaje mas alto (43.6) que las que lograron el embarazo (42.3), pudiendo concluir que las primeras tienen una fuerte identificación con el rol de madre, la maternidad para ellas es un fin de la vida.

Es indudable que la sociedad y la cultura proponen determinados modelos de familia, maternidad y paternidad. Estas pautas actúan sobre los individuos que se esfuerzan por adaptarse a los modelos propuestos, aun cuando éstos no correspondan con sus propias posibilidades naturales. Los roles tienen gran importancia en el desarrollo del individuo, modelan su personalidad.

Analizando mas el tema de los roles, la sociedad los ha dividido en masculino y femenino, y a cada uno le interiorizan el ideal de mujer y de hombre.

Las mujeres poseemos características que nos definen y que tienen que ver con la forma como nos educaron. El ideal femenino, el ideal maternal es, en cierto modo, el patrón moldeador de la identidad femenina. Si no se cumplen los cánones de la feminidad (familia e hijos) surgen sentimientos de vergüenza. A pesar de que los ideales de la feminidad han sufrido grandes trasformaciones, la fertilidad sigue siendo un valor que no cambia. (Domar,Dreher, 1997)

Algunos psicólogos argumentan que como el cuerpo de la mujer está diseñado para engendrar hijos, hace que su esencia sea la maternidad. La mujer ha valorado ese rol sobre los demás, el no poder concebir un hijo le genera a la mujer una crisis de identidad. La incapacidad de proyectar su amor en un hijo genera en las mujeres una crisis de autoestima muy grande. Para muchas, es como si la vida de los demás siguiera adelante y la de ellas quedara suspendida en el tiempo. (León, 1999)

Como en toda mujer está impreso el mandato de ser madre, la carencia de un hijo genera crisis. Volviendo a lo dicho anteriormente, esta crisis genera pensamientos negativos, diversidad de sentimientos, preocupaciones y miedos que generan mucha tensión y estrés haciendo difícil lograr el embarazo.

Todas las categorías anteriores se unen en un término: el estrés. Todas de una manera u otra generan un poco de estrés a las mujeres. Pero si se unen todos estos pensamientos logramos altos niveles de estrés, el estrés global.

Este estrés global arrojó los siguientes datos; las mujeres que lograron el embarazo presentan puntajes más bajos (142.3) que las que no quedaron en embarazo (154.0). Se puede concluir que estas últimas presentan altos niveles de estrés relacionados con la infertilidad, estrés psicológico en comparación a otros individuos del mismo sexo que afrontan infertilidad.

Entre las alteraciones psicológicas del estrés que presentan están incluidas las siguientes: respuestas cognitivas, que producen baja habilidad para la concentración, altos niveles de distractibilidad,

incapacidad para realizar tareas que necesiten pensar, pensamientos de tristeza, confusión, y puede presentarse una memoria olvidadiza. El estrés suele añadirle a los elementos existentes en una persona preocupación y auto-evaluaciones negativas, (como por ejemplo nunca lograre ser madre, no sirvo para nada. (Crooks, 1991; Reeve, 1994)

Pero, ¿Qué relación tiene el estrés con el no quedar en embarazo? Todas estas manifestaciones del estrés que presentan estas mujeres ante el evento amenazante (no quedar en embarazo y estar en un tratamiento para lograrlo) son respuestas que se tienen ante el cambio de concentración de ciertas hormonas que se liberan desde las glándulas endocrinas al torrente sanguíneo, el cual las transporta a través del cuerpo a los diferentes órganos. La especificidad de los efectos que tienen las hormonas está determinada por la selectividad de los receptores en las membranas celulares. Las glándulas endocrinas secretan hormonas en un ritmo estable, pero varían de acuerdo a la estimulación. (Rosenzweig, Leiman,1992)

Cuando la persona se somete a un tratamiento este proceso se ve afectado por todas las hormonas suministradas. Por ejemplo; durante el tratamiento de FIV se administran una serie de hormonas que trastornan totalmente este sistema de retroalimentación provocando que a todos los niveles (hipotálamo, hipófisis, glándula suprarrenal) se pierda el control en la emisión de hormonas. Esto ocasiona excesos en la liberación de hormonas y por tanto en la activación del organismo de la persona. Esta empieza a tener bruscos cambios hormonales y a presentar síntomas de estrés, sin

necesidad de presenciar un evento estresante. Si a esto se le suma un evento estresante (infertilidad), los niveles de estrés aumentan mucho más. (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

El hipotálamo controla el flujo y la producción de hormonas, también controla las respuestas emocionales ante el estrés. El estrés puede alterar la manera como el hipotálamo organiza estas hormonas, llevando a la irregularidad lo cual interfiere con la fertilidad. Por ejemplo el estrés puede afectar los niveles de estrógeno (hormona esencial para la ovulación) y de progesterona (necesaria para la implantación del embrión). (Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999)

La capacidad de afrontamiento, y la manera de manejar las dificultades, tiene una influencia en la manera como se identifica y se resuelven los problemas. La capacidad para el afrontamiento que las personas poseen tiene una influencia sobre la cantidad de estrés que sienten y como lo manejan. Muchas veces las parejas infértiles no saben manejar el estrés, entonces esta situación está más allá de su capacidad de afrontamiento, haciendo que la persona tenga pensamientos negativos de sí mismo, “no sirvo para nada, no puedo controlar la situación, que será de mí” entre otras logrando solo llevar a la persona a presentar depresión.

Por esta razón se cree conveniente controlar el estrés. El estrés es probablemente el afecto emocional más común que presentan las personas infértiles. Calmar el estrés de cualquier manera es lo mejor, ya que esto puede ayudar a las mujeres a concebir.

Esto deja una pregunta, por qué no tratar el estrés en las parejas que se someten a tratamientos de fertilidad. Esto aumentaría las probabilidades de embarazo. Esto se demostró en un estudio hecho en Bogotá, Colombia.

El estudio se realizó a principios de 1980, se estudiaron 14 parejas infértiles. Solo siete de estas parejas recibieron entrenamiento en el manejo del estrés. A los tres meses 4 de los que recibieron entrenamiento lograron el embarazo, las 10 parejas restantes no quedaron embarazadas. (Domar, Dreher, 1997)

En otras investigaciones realizadas en Yale University, estudiaron a 19 parejas infértiles. Solo 10 recibieron el entrenamiento adecuado para controlar el estrés, los demás hicieron parte del grupo control. Después de un año y medio, 6 de los 10 lograron el embarazo, y solo 1 del grupo control lo logró. (Domar, Dreher, 1997)

Introducir en el proceso del tratamiento técnicas de relajación, reestructuración cognoscitiva, expresión de sentimientos, técnicas de comunicación y conocimiento de lo que es la infertilidad y su proceso, puede ayudar a reducir el estrés y de esta manera producir el embarazo.

Otra de las pruebas aplicadas a estas 13 mujeres fue el ASPA. La primera subescala es la aserción, vemos claramente que las mujeres que si lograron el embarazo obtuvieron puntajes mayores (38.8) que las que no lograron el embarazo (36.3). Podemos concluir que las primeras usan mas la aserción para la solución de conflictos caracterizándose por la expresión de los sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera directa, sin intentar forzar el acuerdo del otro a través del control aversivo, tal como castigo y amenaza de castigo. Estas mujeres pueden expresar

asertivamente sentimientos positivos y negativos, considerando entre los primeros el afecto y entre los segundos el enfado, rabia o ira, por esto logran el embarazo con menor dificultad que las que lo usan en menor proporción.

La asertividad es signo de salud psicológica. Esta refuerza y le da balance al sistema inmunológico. Esto lo podemos ver claramente en una investigación realizada por El Dr. George Solomon, el cual estudio a una mujer con reumatismo artrítico (RA) y a su hermana la cual no tenía la enfermedad. Ambas hermanas tenían la misma herencia genética, lo cual jugaba un papel importante en esta enfermedad. Solomon se preguntó si esta diferencia se podía explicar por diferencias psicológicas, para lo cual utilizó juegos de roles y pruebas psicológicas en el estudio comparativo entre las dos hermanas. En absolutamente todos los casos la hermana saludable fue mas asertiva que la que tenía la enfermedad. (Domar, Dreher, 1997)

Un estudio realizado a mujeres con cáncer en el Pittsburg Cancer Institute, sugiere que la expresión de sentimientos negativos bloquea y defiende el cuerpo contra diferentes enfermedades. La Dra. Sandra Levy, siguió el proceso de 36 mujeres con cáncer de Seno. Siete años después, dos tercios de las mujeres habían muerto. Levy descubrió un factor común entre las que no murieron, la expresión correcta de sentimientos. Este factor es el mas poderoso predictor de sobrevivir que muchos otros factores médicos usados como pronostico. La Dra. Levy creyó que estas mujeres eran mas optimistas y estaban llenas de esperanza. (Domar, Dreher, 1997)

La segunda estrategia de expresión de sentimientos es la agresividad. En esta categoría las no embarazadas usan la agresión en mayor proporción que las embarazadas, ya que aquellas obtuvieron puntajes

mas altos (18.6), lo que muestra que usan la agresión en mayor proporción que las que quedaron en embarazo (15.3). Las primeras usan la agresión para expresar sus sentimientos, preferencias u opiniones personales de una manera que incluye el uso explícito de formas coactivas para forzar el acuerdo del otro. La coacción incluye la expresión de castigo y amenazas. El castigo explícito incluye el denigrar, insultar, la agresión física y declaraciones directas de ostracismo social. Las amenazas directas incluyen avisos de posibles castigos.

Esta manera de comunicación, daña la armonía necesaria para la pareja. Es importante que la pareja en estos momentos se encuentre unida y se ayude. La agresión expresada por alguno de los miembros de la pareja, en este caso la mujer, podría conllevar a que se presente un distanciamiento entre los esposos, separándolos mas y por lo tanto no encontrando el apoyo necesario en el momento necesario. Lo anterior generará sentimientos de soledad, tristeza y rabia, los cuales a su vez generan presión y estrés, el que como se dijo anteriormente afecta la emisión de hormonas, bloqueando de alguna manera el tratamiento de fertilización.

La sumisión es la tercera categoría. En esta las mujeres no embarazadas tuvieron puntajes mas altos (21.1) que las embarazadas (21.0), pudiendo concluir que las primeras presentan carencia de expresión directa y clara de los sentimientos, preferencias u opiniones personales y sometimiento automático a las preferencias, poder o autoridad del otro.

Ser demasiado sumiso y no expresar los sentimientos de la manera adecuada, es un signo de debilidad. Si no se expresan y se guardan, estos pasarán a ser un factor estresante y después de un tiempo generarán

ansiedad, algo no muy beneficioso para los tratamientos de reproducción asistida, ya que minimiza las posibilidades de embarazo.

La última categoría es la agresión-pasiva. En esta las mujeres embarazadas obtuvieron puntajes mayores (25.0) que las no embarazadas (24.0). Esta categoría se refiere a la carencia de expresión directa y clara de las preferencias, sentimientos u opiniones personales, mientras que, de forma indirecta se intenta coaccionar a la otra persona para que ceda. La coacción indirecta incluye infligir indirectamente castigos y amenazas. Los intentos de oponerse o manipular al otro de forma indirecta incluirían la retirada de afecto, “las malas caras”, la obstrucción pasiva, insinuaciones de agravio y ostracismo social encubierto a través del corte de comunicación (“los silencios”).

Reconocer cuando se es agresivo-pasivo y cambiar este comportamiento por uno más asertivo, hace más sana la relación, lo cual ayuda de una u otra manera a que los momentos de tensión sean menos y por lo tanto se manejen en la pareja menores niveles de estrés, lo que a la larga ayudaría en los resultados del tratamiento de infertilidad.

Cada miembro de la pareja tiene una manera diferente de enfrentar la infertilidad. Tienen diferentes reacciones emocionales, por ejemplo uno puede ser sumiso, asertivo, pesimista, pasivo, el otro puede ser optimista y ver la infertilidad como un reto y hacerse cargo de la situación. También puede suceder que un miembro de la pareja quiera hablar del tema y unirse a un grupo de apoyo, mientras el otro no quiere expresar lo que está sintiendo. No existe una manera correcta o incorrecta de reaccionar o ver la infertilidad; siempre y cuando esta reacción no afecta al otro miembro de la

pareja ni las posibilidades de concebir. Cada miembro tiene el derecho de manejar la situación de la manera que crea conveniente y que lo ayude a afrontarlo. Y al mismo tiempo respetar a la pareja para, de esta manera, evitar confrontaciones, peleas y discusiones.(Liebmann-Smith, Nardi Egan, Stangel, 1999).

Poder expresar todas las emociones hace que la persona tenga una vida mas rica y sana. La expresión de estas emociones no es tarea fácil, máxime cuando se esta pasando por una situación en la cual los niveles de tensión están tan elevados, y las expectativas de éxito son las mayores; cualquier inconveniente presentado, así sea mínimo y no tenga que ver directamente con el tratamiento, puede ser interpretado de forma errónea por los miembros de la pareja, lo que a su vez provocaría una reacción inadecuada, si a esto se le suma la dificultad de la expresión de sentimientos experimentada por la pareja, estaríamos frente a situaciones estresantes y difíciles de manejar. Por todo lo anterior las parejas deben tener un entrenamiento en expresión adecuada de sentimientos, sean estos de amor o de enfado, lo cual traería como beneficio la disminución de los niveles de ansiedad, depresión y todas las emociones asociadas a estos dos estados, beneficiándose de esta manera el resultado del tratamiento.

Basándonos en lo dicho anteriormente es muy importante la expresión adecuada de sentimientos. No se puede decir que algunas emociones son malas ni buenas para la salud. Si no expresamos las emociones como la tristeza o la rabia, podemos deprimirnos y perder esperanzas, lo cual puede ser dañino para nuestra salud.

Se debe enfatizar que la depresión es un estado crónico de los estados mentales que resulta de la inhabilidad para integrar y esperar emociones. Una vez que uno expresa y resuelve sus emociones, los sentimientos como tristeza y rabia son menos probable que nos generen depresión. (Domar, Dreher, 1997)

La población de la presente investigación respondió el cuestionario de depresión de Beck, del cual se pudo concluir que el 30.8% de las mujeres presenta una depresión moderada a Border Line. Al realizar la prueba de contingencia entre esta variable y la variable criterio se encontró un coeficiente de 0.552, el cual indica la presencia de una asociación alta, ya que el mayor coeficiente de contingencia esperado es de 0.85. De lo anterior se puede concluir que al existir esta asociación entre las dos variables en mención, la misma puede estar ejerciendo influencia en los resultados del tratamiento de fertilización.

Por todas las razones expuestas anteriormente se les deben brindar, a todos los pacientes que deseen hacerse un tratamiento de reproducción asistida, estrategias como técnicas de relajación, reestructuración cognoscitiva, expresión de sentimientos, técnicas de comunicación y apoyo en general, con el de aumentar las probabilidades de embarazo y que la felicidad que tanto quieren estas parejas finalmente sea concedida.

Por esto es indispensable que hoy en día un centro de fertilidad trabaje interdisciplinariamente, para incluir y empezar a tratar los factores psicológicos, ya que mucha de la atención se enfoca en el aspecto físico de la infertilidad, el aspecto emocional muchas veces se ignora y no se trata.

Estas pacientes se sienten fuera de control, ansiosas, estresadas. Sus doctores les ofrecen medicamentos y procedimientos quirúrgicos, tratan todo lo relacionado con el cuerpo, pero rara vez atienden también el aspecto emocional de ellas. Para entrar a cubrir esta necesidad sentida se debe pensar en el diseño de un programa que proporcione medicina psicológica a estas pacientes, en el cual se incluya entrenamiento en técnicas de relajación, técnicas de buena comunicación, expresión de emociones, entre otras.

Cuando se le brindan estas herramientas a las pacientes y se combina con la medicina, se sienten mejor y logran su objetivo (un hijo). Por esta razón se propone un taller que se le debe brindar a toda pareja que llegue a realizarse un tratamiento de fertilidad, antes de que el mismo inicie, para que con estas bases puedan afrontar de la mejor manera el proceso del tratamiento, aceptando las consecuencias positivas y negativas que este trae.

Los resultados de la investigación permiten concluir que aquellas mujeres que poseen una adecuada relación de pareja, menores niveles de estrés y menores niveles de depresión obtuvieron un mayor porcentaje de éxito en el tratamiento. A pesar de que dichas variables no fueron manipuladas de manera intencional por el investigador, si se puede concluir que en el futuro una manipulación de las mismas a través de la implementación de un taller, puede traer beneficios para aquellas parejas que son sometidas a tratamientos de reproducción asistida. El manejo adecuado de los niveles de estrés, depresión y la relación de pareja, se convertiría en una herramienta útil que aportaría

beneficios con el fin en lograr mas éxitos en estos tratamientos, muchas parejas se verían favorecidas tanto en la actualidad como en el futuro si se les brindan las herramientas esenciales para afrontarlo. Por esto se propone la realización de un taller, el cual se debe implementar antes de empezar los tratamientos para que las parejas dispongan de las habilidades esenciales para poder enfrentar cualquier situación que se les presente de la mejor manera posible.

El diseño de este taller ha sido fruto de la revisión bibliográfica y de los resultados de la presente investigación, ya que gracias a ellos se pudo consolidar esta propuesta de trabajo que ya había sido analizada en una asignatura de la carrera (Diseño e Implementación de Talleres). Se espera por lo tanto que el mismo sea una herramienta utilizada por las Clínicas de Fertilidad participantes en la investigación, y que aporte los elementos teóricos y metodológicos necesarios para que el personal de salud encargado pueda brindar a las parejas consultantes los elementos necesarios para afrontar de forma saludable el reto que implica ser sometidos a un tratamiento de reproducción asistida. (Ver Anexo A)

Referencias

Ahumada, A.; Jiménez, M.; Mauri, A.; Robledo, L.; Sepúlveda, M. (1998). Manual de Procedimientos Laboratorio de Reproducción Asistida.: Chile

Briones, G. (1999). Metodología de la Investigación Cuantitativa en las Ciencias Sociales. ASCUN, ICFES

Carrasco, M^a. J., (1998). Cuestionario de Aserción en la pareja. Madrid, TEA

Castellar Garcia, O.; Abreu Lomba, A.; (1999). Lo que las parejas se preguntan sobre la infertilidad y su tratamiento. Manuscrita no publicado.

Crooks, R.; Stein, J.; (1991). Psychology: Science, Behavior, and Life (2.ED.) USA:Holt, Rinehart and Winston, Inc.

Demyttenaere, K, M.D., PhD.; Bonte, L, M.Sc.; Gheldof, M, M.S.C.; Vervaeke, M. M.S.; Meuleman, C, M.D.; Vanderschuerem, D, M.D, PhD.; D'Hooghe, T, M.D,Phd. Coping Style and Depression Level Influence outcome in in Vitro Fertilization. Fertility and Sterility. Vol. 69, No. 6, June 1998. pp 1026-1033. USA

Domar, A, Phd; Dreher, H. (1997). Healing Mind, Healthy Woman. New York: Dell Publishing: USA.

Feliu, M.; Guell. M. (1992). Relación de Pareja España: Martíñez Roca

Greene, J. y D'Oliveira, M. (1982). Pruebas Estadísticas para Psicología y Ciencias Sociales. Colombia: Norma

Guerra, D.; Llobera, A.; Veiga, A.; Barri, P. (1998) Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. Human Reproduction Vol. 13 no.6. (pp.1733-1736): USA.

Hernandez, Fernandez, Baptista. Metodología de la investigación. México. 1998

Hunt, J.; Monach, J.; (1997) Beyond the bereavement model: the significance of depression for infertility counselling. Human Reproduction 12 Natl. Suppl., JBFS2(2). (pp.188-194): USA.

Liebmann-Smith Ph.D, J.; Nardi Egan, J.; Stangel, M.D.,J. (1999). The Unofficial Guide to Overcoming Infertility. New York, United States of America

Masters, W. Johnson, V. Kolody, R. (1985). La Sexualidad Humana. Colombia: Editorial Grijalbo.

Méndez F., Olivares, J.; (1998). Técnicas de Modificación de Conducta. España.

Newton, C. (1997). Infertility Perceptions Inventory (IPI): Reliability and Validity of a Measure of Infertility-Specific Stress.[En Línea]. www.asrm.abstracts.org/1997toc.htm.

Niravi, B.; Payne, M.S; (1997). The Whole Person Fertility Program.:New York, United States of America.

Reeve, J. (1994). Motivación y Emoción. España: McGraw-Hill/ Interamericana de España S.A.

Rodríguez, J; Méndez, F. (1998). Técnicas de modificación de conducta. España: Editorial Biblioteca Nueva: Madrid.

Rosenzweig, M.; Leiman, A. (1992) Psicología Fisiológica España: Mcgraw-Hill/Interamerica de España S.A.

Sanders, K.; Bruce, N.; (1997) Aprospective study of psychosocial stress and fertility in women. Human Reproduction Vol.12 no.10. (pp.2324-2329): USA.

Sarason, I.; Sarason, B. (1996). Psicología Anormal. (7 ED.) México: Prentice may Hispanoamérica, S.A

Syme, G. (1997) Facing the unacceptable: the emotional response to infertility. Human Reproduction 12 Natl. Suppl., JBFS2(2). (pp.183-187): USA.

ANEXO A

Taller: “Herramientas Esenciales para la Reproducción Asistida”

Objetivo General:

- Generar en los participantes un cambio de actitud frente a los procedimientos de reproducción asistida, para que durante el proceso exista un ambiente favorable de pareja y niveles bajos de estrés y depresión.

Objetivos específicos :

- Motivar y despertar el interés de los participantes de una manera dinámica justificando la conveniencia del taller.
- Explicar de una manera clara, didáctica y amena la teoría que fundamenta los tratamientos y sus procedimientos de manera que adquieran los suficientes conocimientos acerca de la reproducción asistida.
- Describir el proceso de estrés desde el punto de vista psicológico y fisiológico a los participantes de una manera clara logrando que comprendan el proceso.
- Ejemplificar con las parejas diferentes técnicas de relajación de manera práctica consiguiendo que sean capaces de utilizarlas en situaciones estresantes.
- Ilustrar a los participantes sobre la comunicación y su importancia en la vida de pareja de forma que sean capaces de identificar sus errores de comunicación.

- Educar a los participantes en las formas adecuadas de comunicación en pareja entrenándoles en estas técnicas.
- Mostrar las dificultades en las expresiones de afecto y por ende de sexualidad de una manera practica para que enfrenten su relación de una manera diferente.
- Demostrarle a los participantes de manera practica, que la sexualidad no se limita solo a aspectos relacionados con los órganos sexuales, sino que todo el cuerpo humano tiene aspectos placenteros.
- Lograr en los participantes la comprensión, a través de dinámicas, del concepto de autoestima y su importancia en el manejo de expectativas respecto al futuro después del tratamiento.

AMBIENTACIÓN: Antes de ingresar a la sala del taller, los participantes recibirán su respectiva escarapela, donde se encontrará identificado el nombre y logotipo del taller, el nombre del participante y fecha de dicho taller. Además recibirá una carpeta que en su interior contendrá en la primera pagina el título del taller, los nombres de cada uno de los talleristas y una gráfica alusiva al tema. En la segunda hoja encontrarán nuevamente el nombre del taller, los objetivos generales y específicos, la especificación de cada una de las sesiones y la metodología a seguir durante todo el taller. Se incluirán 3 hojas en blanco para la toma de notas, con su respectivo lápiz.

La entrega de este material se realizará hasta haber transcurrido 15 minutos de la hora citada, las personas que lleguen tarde esperaran hasta que pasen 30 minutos de la hora citada, solo de esta manera podrán entrar y encontrarán su material en una mesa amplia donde se ubicaran las carpetas y escarapelas de forma organizada para que los participantes encuentren su nombre fácilmente.

Los participantes encontrarán las sillas ubicadas en forma de “ U “, con el fin de facilitar la visión, comunicación y la integración de cada uno de ellos.

En cada silla encontrará, su nombre en letra grande en un rectángulo; con el objetivo de facilitar la identificación de los participantes, por parte de los talleristas, y poderlos ubicar de la manera deseadas.

El salón estará decorado con una cartelera grande en la entrada, la cual incluirá el logotipo del taller y su título, como también la hora de entrada. Dentro del salón ubicaremos “ cuadros “ alusivos al tema.

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN 1: PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCION ASISTIDA

- **Objetivos de la sesión:** Motivar y despertar el interés de los participantes de una manera dinámica justificando la conveniencia del taller. Explicar de una manera clara, didáctica y amena la teoría que fundamenta el tratamiento y su procedimiento de manera que adquieran los suficientes conocimientos acerca de los métodos de reproducción asistida

- **Inicio:** Se iniciará con un breve saludo e inmediatamente se prosigue con una dinámica llamada “Una presentación sin palabras”.

- **Objetivo:** Lograr que los talleristas y participantes se conozcan entre sí, utilizando una comunicación sin palabras.

- **Materiales requeridos:** Ninguno

- **Tiempo requerido:** 30 minutos

- **Descripción de la dinámica:** Se expresará que la finalidad de este ejercicio es que cada cual se presente a sus compañeros, pero toda esta actividad se llevará a cabo sin palabras. Pueden utilizar imágenes, fotografías, signos, gestos, señales o cualquier cosa excepto palabras. Si es necesario daremos ciertos indicios, por ejemplo, señalar el anillo del matrimonio para dar a conocer que la persona está casada, simular que va corriendo etc...

Se le darán 2 minutos a cada persona, con tiempo para que corroboren con palabras lo que querían expresar. Los talleristas modelarán la forma en que se debería llevar a cabo la dinámica.

Luego de haber llevado a cabo la dinámica **“Una presentación sin palabras”** entonces se continuará con una dinámica llamada **“Olvídense de todo”**

- **Objetivo:** Crear en los participantes la noción de la necesidad de dedicar todas sus energías al taller, excluyendo todas las preocupaciones personales.

- **Materiales requeridos:** Una hoja y sobre en blanco.

- **Tiempo requerido:** 10 minutos

- **Descripción de la dinámica:** A los participantes se les darán las siguientes indicaciones: “ En los siguientes 10 minutos haga una breve lista de todos los pensamientos que no se relacionan con el taller. Podría ser respecto al trabajo, la familia, el dinero, la religión, la política o su vida social. Ponga este escrito dentro del sobre, ciérrelo y escriba su nombre en él. Este sobre se lo devolveremos al final del taller. Usted se compromete a dejar esos problemas en el sobre por el tiempo que dure el taller.

Al finalizar esta dinámica se hará otra llamada **“ La Verdadera motivación”**.

- **Objetivo:** Motivar a los participantes demostrando que esta motivación debe ser interna, pero que los incentivos externos pueden iniciar conductas.

- **Materiales requeridos:** Billetes de banco ocultos y sujetos con cinta pegante debajo de algunas sillas de los asistentes.

- **Tiempo requerido:** 10 Minutos

- **Descripción de la dinámica:** Dado que la motivación es muy común, recalque que la motivación se refiere a algo “ interno”, no externo, que de al motivo de hacer una cosa.

Para ilustrarlo, se le dirá al grupo “por favor levanten la mano derecha “. Se esperará un instante, y se le dará las gracias al grupo y preguntaremos: ¿ Porque hicieron eso? Las posibles respuestas serán: “ porque usted nos lo dijo.” “ porque dijo por favor, etc...”

Después de 3 o 4 respuestas, se les dirá; “muy bien. Ahora ¿ me hacen el favor todos de ponerse de pie y levantar sus sillas?

Lo más probable es que nadie lo haga. Se continuará diciendo: “ si les dijera que hay billetes dispersos en el salón debajo de las sillas, ¿podría motivarlos para ponerse de pie y levantar sus sillas? Todavía, casi nadie se moverá; entonces se les dirá: “ Permítame decirles que sí hay billetes de banco debajo de algunas sillas” (por lo general, se levantarán, 2 o 3 asientos y muy pronto seguirán los demás. Se les ira indicando “ Aquí hay uno, allá hay otro, allí en el frente hay otro...”

Después de esto se hará preguntas como ¿ Porque se necesito mas esfuerzo par motivarlos la segunda vez?, ¿ Los motivó el dinero? Aquí se hará hincapié en que el dinero no siempre actúa como motivador. Luego se les preguntara ¿ Cual es la única forma de lograr motivarse? Se les insistirá en que la única forma de lograr que una persona haga algo, es hacer que lo desee. ¡ No hay otro modo!.

Se le comunicara a los participantes, cuales son los motivos por los que se llevo acabo la realización de este taller; también se les comentan los objetivos propuestos. Luego daremos a conocer las reglas del juego y comprometeremos a los participantes a responsabilizarse por el taller, haciéndolos firmar un compromiso.

- **Objetivo:** Comprometer a los participantes a participar activamente en el taller, haciéndoles entender su importancia dentro del tratamiento.

- **Tiempo requerido:** 5 minutos

- **Materiales requeridos:** Objetivos del taller, reglamento, y contrato

INTERMEDIO

Se conduce a los participantes a un salón previamente preparado, donde encontrarán una mesa con refrigerios. El salón estará ambientado con música instrumental suave.

- **Tiempo requerido:** 15 minutos

- **Materiales requeridos:** Refrigerio, grabadora y música

CUERPO DE LA SESION

En esta parte se mencionarán los aspectos generales, y pasos para los diferentes tratamientos de reproducción asistida. (se selecciona y se explica el tratamiento al que se estén sometiendo los participantes)

- **Duración del cuerpo de la sesión:** 30 minutos

- **Objetivo:** Lograr que los participantes conozcan los fundamentos teóricos de los tratamientos de reproducción asistida a los cuales se van a someter.

- **Materiales requeridos:** Material didáctico para la exposición.

- **CIERRE: Para finalizar está sesión se llevará a cabo la dinámica**

“Resumen de la Película”.

- **Objetivo:** Evaluar de manera didáctica si los participantes lograron comprender el tema expuesto.

- **Materiales para la dinámica de cierre:** Hojas en blanco y lápices

- **Tiempo total de la dinámica de cierre:** 30 minutos

- **Descripción de la dinámica:** Después de la explicación teórica expuesta, se les pedirá a los participantes, que imaginen que todo lo que se acaba de explicar fue el resumen de una película. Lo que se pretende con esto es maximizar el aprendizaje en los participantes.

Se deben reunir en grupos y volver a armar la película, hacer un guión. Esto se podría hacer de la siguiente manera: Cada parte del cuerpo será un personaje, (aquí incluimos a las hormonas, órganos, etc...) Deben hacerle el guión a cada persona. Este guión debe incluir todas sus funciones, al final se concursará por el mejor. Los talleristas darán un ejemplo de cómo se podría hacer.

Por último se les pedirá a los participantes que evalúen tanto la sesión del taller, como a los talleristas por medio del “PNI” (Positivo, Negativo e interesante).

- **Objetivo:** Evaluar de manera didáctica al taller y a los talleristas con el fin de conocer los errores para mejorarlos.

- **Tiempo requerido:** 5 minutos

- **Materiales:** Cartulina

Tiempo Total de la sesión: 2 horas y 15 minutos.

- Los participantes, al finalizar la sesión, deberán entregar su escarapela y carpeta, esto con el fin que no se les olvide para la siguiente sesión.

- Le les debe comunicar a los participantes, que para la siguiente sesión, deberán venir vestidos con ropa ligera, no apretada y fresca, como también traer zapatos cómodos.

SESION 2: ESTRÉS Y TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

- **Ambientación:** Antes de ingresar al salón del taller, los participantes recibirán nuevamente sus respectivas escarapela y carpeta. La entrega de este material se realizará solamente hasta haber transcurrido 15 minutos de la hora citada, las personas que lleguen después deberán esperar la segunda entrada que será media hora después y ubicarse con sus carpetas y escarapela silenciosamente en las sillas que les corresponde. El salón estará organizado de manera idéntica a la sesión anterior.

- **Objetivos de la sesión:** Describir el proceso de estrés desde el punto de vista psicológico y fisiológico a los participantes de una manera clara logrando que comprendan el proceso. Ejemplificar con las parejas diferentes técnicas de relajación de manera practica consiguiendo que sean capaces de utilizarlas en situaciones estresantes.

- **Inicio:** Una vez que los participantes estén ubicados dentro del salón se procederá a reforzarles su asistencia puntual con algunas frases alusivas. Posteriormente, se continúa con la dinámica **“Pensar bajo presión”**

- **Objetivo:** Mostrar a los participantes que la presión, es decir el estrés, deteriora su capacidad de pensamiento.

- **Materiales para la dinámica:** Una caja de fósforos, 20 tarjetas con preguntas de igual dificultad.

- **Tiempo requerido de la dinámica:** 15 minutos

- **Descripción de la dinámica:** Se dividirá el grupo en dos partes iguales, “grupo 1” y “grupo 2”. Los integrantes del grupo 1 pasaran ordenadamente a escoger una tarjeta y se les hará la pregunta respectiva, deberán contestar tomándose el tiempo necesario (al ser preguntas bastante sencillas no

deberán demorarse excesivamente). Posteriormente, el grupo 2 hará lo mismo pero al responder, el tallerista le prenderá un fósforo y se lo pasará al participante, quien deberá responder antes que se consuma el fósforo o la llame este muy cerca de los dedos. Tan pronto como conteste podrá apagar el fósforo.

CUERPO DE LA SESION

- **Tiempo de duración:** 30 minutos.

- **Objetivos:** Relacionar las sensaciones provocadas por la dinámica con los fundamentos teóricos expuestos de manera que se logre una identificación del estrés.

- **Descripción:** En este momento se iniciará la **explicación teórica** del estrés tanto desde el punto de vista psicológico como fisiológico; como también aspectos teóricos de la relajación como respuesta antagónica al estrés.

Inmediatamente a este ejercicio, donde los participantes probablemente generen cierto nivel de estrés, se realizará una “**relajación progresiva**”, con el fin de que identifiquen los efectos de una relajación.

- **Objetivos:** Lograr que los participantes conozcan diferentes técnicas de relajación, con el fin de que las puedan aplicar en los momentos de tensión o estrés.

- **Tiempo de duración:** 30 minutos.

- **Materiales:** Música Instrumental, grabadora

INTERMEDIO

Se conduce a los participantes a un salón previamente preparado, donde encontraran una mesa con refrigerios. El salón estará ambientado con música instrumental suave.

- **Tiempo de duración:** 15 minutos.

- **Materiales requeridos:** Refrigerio, grabadora y música

Con base en la dinámica que se realizo al principio de la sesión, se le pide a los participantes que describan como se sintieron al tener que contestar bajo presión. Para facilitar que los participantes se integren y participen, se podrán hacer algunas preguntas dependiendo de la actitud de estos.

- **Objetivo:** Evaluar para comprobar que se entendió el concepto de estrés de forma correcta, se le pedirá a cada participante que identifique situaciones reales propias donde hayan sentido estrés, se debe intentar que sea lo mas vivido posible. Las talleristas modelaran este ejercicio.

- **Tiempo de duración:** 20 minutos.

Posteriormente se les expondrá la **relación entre el tratamiento reproducción asistida y el estrés**, es decir los efectos emocionales del procedimiento.

- **Tiempo de duración:** 15 minutos

- **Materiales requeridos:** Material didáctico para la exposición.

En un periodo de tiempo corto, (10 minutos) se les pedirá a las personas que quieran participar, que nos comenten sus emociones con respecto al tratamiento.

Inmediatamente se procede a enseñar otra técnica de relajación, en este caso la relajación autógena.

- **Tiempo de duración:** 20 minutos

- **Materiales:** Música Instrumental, grabadora

Por ultimo se les pedirá a los participantes que evalúen tanto la sesión del taller, como a los talleristas por medio del “**PNI**” (positivo, Negativo e interesante).

- **Objetivo:** Evaluar de manera didáctica al taller y a los talleristas con el fin de conocer los errores para mejorarlos.

- **Tiempo requerido:** 5 minutos

- **Material:** Cartulina

Tiempo total de la sesión: 2 horas y 40 minutos

Se les pedirá a los participantes que realicen una tarea en casa, la cual consiste en practicar los ejercicios de relajación los cuales se realizaron en la sesión. Deberán ayudar a su pareja a realizar estos ejercicios.

Los participantes, al finalizar la sesión, deberán entregar su escarapela y carpeta, esto con el fin que no se les olvide para la siguiente sesión.

Le les debe comunicar a los participantes, que para la siguiente sesión, deberán venir vestidos con ropa ligera, no apretada y muy fresca, como también con, zapatos cómodos.

SESION 3: COMUNICACIÓN DE PAREJA

Ambientación: Antes de ingresar al salón del taller, los participantes recibirán nuevamente sus respectivas escarapela y carpeta. La entrega de este material se realizara solamente hasta haber transcurrido 15 minutos de la hora citada, las personas que lleguen después deberán esperar la segunda entrada que será media hora después y ubicarse con sus carpetas y escarapela silenciosamente en las sillas que les corresponde. El salón estará organizado de manera idéntica a la sesión anterior.

- **Objetivos de la sesión:** Ilustrar a los participantes sobre la comunicación y su importancia en la vida de pareja de forma de sean capaces de identificar sus errores de comunicación. Educar a los participantes en las formas adecuadas de comunicación en pareja entrenándoles en estas técnicas.

- **Inicio de la sesión:** Una vez que los participantes estén ubicados dentro del salón se procederá a reforzarles su asistencia puntual con algunas frases alusivas. Seguidamente se realizara una corta retroalimentación sobre la tarea de relajación que quedo de la sesión pasada.

-**Tiempo requerido:** 10 minutos

Posteriormente, se continua con la realización de una **relajación autógena** (consiste en inducir a la persona a la relajación por medio de sugerencias sobre sensaciones corporales inicialmente y posteriormente sobre abstracciones.)

- **Tiempo requerido:** 15 minutos

- **Objetivos:** Lograr que los participantes conozcan diferentes técnicas de relajación, con el fin de que las puedan aplicar en los momentos de tensión o estrés.

- **Material:** Música instrumental y grabadora

Una vez los participantes se encuentren relajados se seguirá con una dinámica llamada “ **Prueba de saber escuchar: Acertijos**”.

- **Objetivo:** Demostrar, con el empleo de este ejercicio en broma, que muy pocos saben escuchar.

- **Materiales:** Acertijos

- **Tiempo requerido:** 10 minutos

- **Procedimiento:** Se le pedirá a los participantes que tome una hoja de papel en blanco y escriban del 1 al 10. Se les dirá que les vamos a hacer una serie de preguntas, todas ellas con respuestas breves. Sólo tendrán que escribir las respuestas en sus hojas. Se leerá cada pregunta una solo vez.

Luego se verificarán las repuestas. Se les preguntarán las respuestas que contestaron, y se les harán los comentarios necesarios. Luego se repetirán las preguntas para que las escuchen bien.

Preguntas:

1. ¿Hay alguna ley que impida a un hombre casarse con la hermana de su viuda? R/ No hay ninguna ley que impida a un hombre casarse con la hermana de su viuda, pero para tener viuda, debe estar muerto.
2. ¿ Si usted tuviera un solo fósforo y entrase a un cuarto muy frío en donde hubiera una vela, un calefactor de petróleo y una estufa de leña, ¿ cuál encendería primero para entrar en calor pronto? R/ Primero que nada el fósforo.
3. ¿ Cuantos animales de cada especie llevó Moisés en el arca durante el Diluvio Universal? R/ Moisés no llevó ningún animal. El que lo hizo fue Noé.

4. ¿ Cuantos natalicios tiene un hombre promedio? ¿ Y una mujer promedio?

R/ El hombre promedio, igual que la mujer promedio tienen un solo natalicio.

Todos los demás son cumpleaños o aniversarios del natalicio.

5. De acuerdo con las leyes internacionales, si un avión se estrella precisamente en la línea fronteriza entre dos países, ¿ se sepultaría a los

supervivientes no identificados en el país al cual viajaban o en el país del

cual venían? R/ Ninguna ley autoriza sepultar a los supervivientes, en

especial si tienen fuerzas para protestar.

6. Un arqueólogo dice que encontró una moneda marcada con toda claridad

45 A.C. ¿ Verdad o Mentira? R/ El arqueólogo era un mentiroso, porque a.c,

significa “ antes de cristo”y ¿ cómo pudieron saber cuando nacería cristo?

Al terminar esta dinámica se señalara que muchas veces uno no esta completamente atento cuando alguien le habla, y por esto no escucha todo detenidamente, causando graves problemas mas tarde. En este momento se les hablara de la **importancia de la comunicación.**

- **Objetivo:** Dar a conocer la importancia de la comunicación dentro de las parejas y las características de una buena comunicación con la finalidad de que comiencen a identificar errores que ellos pueden estar cometiendo. Se debe hacer énfasis en la importancia de aprender a escuchar.

- **Tiempo de Duración:** 20 minutos

- **Material:** Material didáctico para la exposición.

INTERMEDIO

Se conduce a los participantes a un salón previamente preparado, donde encontrarán una mesa con refrigerios. El salón estará ambientado con música instrumental suave.

- **Duración:** 15 minutos

- **Materiales requeridos:** Refrigerio, grabadora y música

Al regresar del refrigerio se procederá a separar el grupo por parejas para realizar una dinámica denominada “**Tengo la palabra**”

- **Objetivo:** Enseñar a las parejas a escuchar y a expresarse de manera clara y positiva durante sus conversaciones.

- **Tiempo requerido:** 15 minutos

- **Materiales requeridos:** Tarjetas con el mensaje “tengo la palabra”, “positivo” y “negativo”.

- **Procedimiento:** Una vez que las parejas estén separadas se colocaran frente a frente y deberán escoger un tema para conversar que ojalá sea de alguna importancia para ellos. Las parejas se rifan el orden de inicio y el miembro que comienza toma la tarjeta de “tengo la palabra”, e inicia la conversación cada vez que su pareja intente interrumpirlo deberá mostrar la tarjeta de “tengo la palabra”. El otro miembro de la pareja tiene las otras dos tarjetas y solo podrá alzar la correspondiente tarjeta “positivo” o “negativo” dependiendo lo que diga su pareja y esperara su turno para tener la palabra. En ese momento se intercambiaran las tarjetas y seguirán las mismas instrucciones.

Al terminar la dinámica se procederá a dar una explicación sobre los problemas más comunes en la comunicación de pareja y las técnicas adecuadas para manejarlos. Se incluirá en este segmento la explicación sobre mensajes negativos y positivos.

- **Tiempo de duración:** 15 minutos

- **Objetivo:** Lograr que las parejas entiendan la dinámica de los problemas de la comunicación y que detecten si están cayendo en estos problemas.

- **Material:** Material didáctico para la exposición.

Inmediatamente se realizara la dinámica “**Modificación de mensajes**”,

- **Objetivo:** Entrenar a las parejas para cambiar la forma usual en que se transmiten los mensajes de una manera practica evaluando su comprensión de la teoría expuesta.

- **Tiempo de duración:** 15 minutos

- **Materiales:** Lista de mensajes en nebulosa negativa y negativas específicas.

- **Procedimiento:** Se expone la lista de mensajes mencionados anteriormente y se animara a los participantes de forma que todos por lo menos una vez participen cambiando el mensaje que les correspondió a la forma específica positiva.

Por ultimo se les pedirá a los participantes que evalúen tanto la sesión del taller, como a los talleristas por medio del “**PNI**” (Positivo, Negativo e interesante).

- **Objetivo:** Evaluar de manera didáctica al taller y a los talleristas con el fin de conocer los errores para mejorarlos.

- **Tiempo requerido:** 5 minutos

- **Material:** Cartulina

- **Tiempo total de la sesión:** 2 horas

Los participantes, al finalizar la sesión, deberán entregar su escarapela y carpeta, esto con el fin que no se les olvide para la siguiente sesión.

SESION 4: EXPRESION DE AFECTO Y SEXUALIDAD

Ambientación: Antes de ingresar al salón del taller, los participantes recibirán nuevamente sus respectivas escarapela y carpeta. La entrega de este material se realizara solamente hasta haber transcurrido 15 minutos de la hora citada, las personas que lleguen después deberán esperar la segunda entrada que será media hora después y ubicarse con sus carpetas y escarapela silenciosamente en las sillas que les corresponde. El salón estará organizado de manera idéntica a la sesión anterior.

- **Objetivos generales de la sesión:** Mostrar las dificultades en las expresiones de afecto y por ende de sexualidad de una manera practica para que enfrenten su relación de una manera diferente. Demostrarle a los participantes de manera practica, que la sexualidad no se limita solo a aspectos relacionados con los órganos sexuales, sino que todo el cuerpo humano tiene aspectos placenteros.

Empezaremos esta sesión con una dinámica llamada **“La Pareja más Pareja”**

- **Objetivo:** Mostrar a las parejas que aunque ellos no se están dando cuenta, existen aspectos que no tiene claro entre ellos.

- **Tiempo de Duración** 20 minutos

- **Materiales requeridos:** Hojas de papel y lápices

- **Procedimiento:** Se le pide a las parejas que se organicen en dos filas horizontales una detrás de la otra y se sienten inicialmente hombres atrás y mujeres adelante. La dinámica se realiza en formato de concurso y funciona de la siguientes manera: Se les pide a las esposas que se retiren del salón

por unos minutos y se les harán una serie de preguntas que serán contestadas por los hombres por escrito; las mujeres vuelven al salón. Las preguntas se les repiten a las mujeres y en cada turno la mujer responde e inmediatamente el hombre leerá su respuesta. En este momento se compara la respuesta y si es similar se le otorgan los puntos,

Al final la pareja con mas puntos se le entrega una medalla como premio simbólico.

Preguntas:

1. ¿Cuál fue el motivo de su ultimo desacuerdo?

2. ¿De que manera le expresa a su esposa su afecto?

(a la esposa se le modifica la pregunta de forma adecuada)

3. ¿Cómo sabe usted que su esposa esta disgustada?

(a la esposa se le modifica la pregunta de forma adecuada)

4. ¿Qué es eso que usted hace que más puede gustarle a su esposa?

(a la esposa se le modifica la pregunta de forma adecuada)

5. ¿Qué es eso que ella hace que más le agrada a usted?

(a la esposa se le modifica la pregunta de forma adecuada)

(las preguntas pueden variarse y tocarse temas un poco más íntimos sobre su sexualidad)

En este momento se les realiza una pequeña discusión sobre los resultados obtenidos y se prosigue con una exposición de lo que es sexualidad, intimidad y expresión de afecto especialmente durante los tratamientos de reproducción asistida.

- **Objetivo:** Mostrar a los participantes sus propios desconocimientos en el área sexual e indicar algunas alternativas para mantener su sexualidad durante los procedimientos.

- **Duración:** 15 minutos

- **Material:** Material didáctico para la exposición.

Seguiremos con una dinámica llamada “ **Los brazos Cruzados**”.

- **Objetivo:** Demostrar que las personas tienen una resistencia innata al cambio o a que *las hagan* cambiar.

- **Tiempo de Duración:** 10 minutos

- **Materiales requeridos:** Grabadora

- **Procedimiento:** Primero se les pondrá una canción llamada “El Cambio” donde se les habla del cambio, esto con el fin de que reflexionen sobre el tema. Luego pida al grupo que cruce los brazos. Díales que no deben mirar hacia abajo para que no vean cuál brazo está encima. Luego, pídeles que descruzen los brazos con rapidez y los vuelvan a cruzar al revés de cómo estaba, es decir, si primero estaba el brazo izquierdo arriba, ahora debe quedar debajo el derecho.

Se hará una breve explicación sobre las dificultades implícitas en el cambio y la importancia de ser capaz de cambiar.

INTERMEDIO

Se conduce a los participantes a un salón previamente preparado, donde encontrarán una mesa con refrigerios. El salón estará ambientado con música instrumental suave.

- **Duración:** 15 minutos

- **Materiales requeridos:** Refrigerio, grabadora y música

Al regresar del refrigerio se les mostrará una película llamada **“Aprendamos a amarnos”**

- **Objetivo:** Informales a los participantes muchos aspectos sobre la sexualidad sensualidad, disfunciones sexuales,... para que aprendan a identificarlo y aplicarlo a sus vidas.

- **Materiales requeridos:** VHS, Película, TV.

- **Tiempo requerido:** 20 minutos

- Seguiremos con un ejercicio de **“Focalización Sensorial Selectiva”**.

- **Objetivo:** Enseñar a las parejas a explorar su capacidad de percibir sensaciones físicas placenteras sin necesidad de que incluyan caricias de tipo sexual genital.

- **Tiempo requerido:** 25 minutos

- **Material:** Música instrumental y grabadora

- **Procedimiento:** Se les pide a las parejas que intenten el siguiente ejercicio, denominado **“Focalización sensorial selectiva”**, las parejas deberán tocarse ciertas partes del cuerpo, indicadas por los talleristas (cara, párpados, orejas, cabello, cuello, brazos, manos). Deben tener claro que el objetivo es lograr una conciencia del toque, deben concentrarse en lo que se puede percibir, sensaciones de temperatura, contorno, contrastes, etc. cada miembro de la Pareja debe tocar al otro a su antojo sin intentar excitar sexualmente ni masajear. Este proceso deberá hacerse en silencio, aunque se puede decir si el toque esta siendo desagradable. Se les pondrá música instrumental en el fondo. (extraído de Masters y Johnson)

Al terminar se les pedirá a los participantes realizar una tarea:

- **Objetivo:** Enseñar a las parejas a explorar su capacidad de percibir sensaciones físicas placenteras sin necesidad de que incluyan caricias de tipo sexual genital.

Se les pide a las parejas que intenten el siguiente ejercicio, denominado “**Focalización sensorial**”, las parejas deberán tocarse todo el cuerpo alternadamente excluyendo las zonas de los pechos y órganos genitales. Deben tener claro que el objetivo no es de tipo sexual sino lograr una conciencia del toque, deben concentrarse en lo que se puede percibir, sensaciones de temperatura, contorno, contrastes, etc. cada miembro de la Pareja debe tocar al otro a su antojo sin intentar excitar sexualmente ni masajear. Este proceso deberá hacerse en silencio, aunque se puede decir si el toque esta siendo desagradable. Esto deberá realizarse por un periodo de tiempo de mas o menos una hora. (extraído de Masters y Johnson)

Se deberá hacer énfasis en la seriedad e importancia de esta tarea pues se utilizara en la siguiente sesión.

Por ultimo se les pedirá a los participantes que evalúen tanto la sesión del taller, como a los talleristas por medio del “**PNI**” (positivo, Negativo e interesante).

- **Objetivo:** Evaluar de manera didáctica al taller y a los talleristas con el fin de conocer los errores para mejorarlos.

- **Tiempo requerido:** 5 minutos

- **Material:** Cartulina

- **Tiempo total de la Sesión:** 1 hora y 45 minutos.

Los participantes, al finalizar la sesión, deberán entregar su escarapela y carpeta, esto con el fin que no se les olvide para la siguiente sesión.

SESION 5: EXPECTATIVAS Y AUTOESTIMA

Ambientación: Antes de ingresar al salón del taller, los participantes recibirán nuevamente sus respectivas escarapela y carpeta. La entrega de este material se realizara solamente hasta haber transcurrido 15 minutos de la hora citada, las personas que lleguen después deberán esperar la segunda entrada que será media hora después y ubicarse con sus carpetas y escarapela silenciosamente en las sillas que les corresponde. El salón estará organizado de manera idéntica a la sesión anterior.

- **Objetivos de la sesión:** Lograr en los participantes la comprensión, a través de dinámicas, del concepto de autoestima y su importancia en el manejo de expectativas respecto al futuro después del tratamiento. Conocer los aspectos negativos, positivos e interesantes del taller, en opinión de los participantes, por medio de una dinámica.

- **Inicio:** Una vez que los participantes estén ubicados dentro del salón se procederá a reforzarles su asistencia puntual con algunas frases alusivas.

Antes de comenzar con las dinámicas correspondientes a esta sesión, se hablara un poco de la tarea que se le dejo a las parejas.

- **Tiempo requerido:** 10 minutos

Se continuara con una dinámica llamada “ **Globos al aire**”

- **Objetivo:** Lograr que los participantes se distensionen, con el fin de que se suelten un poco, y vean que con cualquier ejercicio, por sencillo que sea, pueden distencionarse.

- **Tiempo requerido:** 5 minutos

- **Materiales requeridos:** Globos

- **Procedimiento:** Se le entrega un globo a cada participante. Se le pide que lo infle, esto se hará de manera calmada, se le pide a cada persona que trate de escuchar su respiración, luego le deben hacer un nudo. Se les pedirá que se pongan de pie, se le empezara a dar instrucciones como: “ Todos tiren el globo hacia arriba, hacia la derecha, hacia la izquierda, etc...”. Los participantes deberán seguir las instrucciones, y no dejar caer el globo. Las talleristas modelaran el ejercicio.

Luego comentaremos la teoría necesaria sobre autoestima

- **Tiempo requerido:** 10 minutos

- **Objetivos:** Acentuar la importancia del autoestima para que cada participante logre tener un buen concepto de si mismo.

- **Material:** Material didáctico para la exposición.

Al finalizar esta pequeña charla se hará la dinámica llamada “ **Acentuar lo positivo**”

- **Objetivo:** Lograr que las personas puedan derribar las barreras impuestas por ellas mismas debido a que no les permiten tener un buen concepto propio; mejorar la imagen de ellas mismas mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.

- **Tiempo requerido:** 10 minutos

- **Materiales requeridos:** ninguno

- **Procedimiento:** Muchos hemos crecido con la idea de que no es “ correcto” el auto elogio o, para el caso, elogiar a otros. Con este ejercicio se intenta cambiar esa actitud al hacer que las parejas compartan algunas cualidades personales entre sí. En este ejercicio, cada persona le da a su pareja la respuesta a una, dos o las tres dimensiones siguientes sugeridas:

1. Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo.
2. Dos cualidades de personalidad que me agradan de mi mismo.
3. Una capacidad que me agrada de mi mismo.

Se les explicara que cada comentario debe ser positivo. No se permiten comentarios negativos

Esto lo complementaremos con la importancia del **autoestima** en el **tratamiento**

- **Objetivo:** Lograr que cada pareja sea capaz de conocerse y ser consciente de los cambios que van a venir con el tratamiento y sean capaces de aceptar y enfrentar los problemas que se le puedan presentar durante el tratamiento.

- **Tiempo requerido:** 10 minutos.

- **Material:** Material didáctico para la exposición.

Se seguirá con la dinámica llamada “ **Ideas y Temores Preconcebidos**”

- **Objetivo:** Permitir que los participantes expresen, compartan, y disminuyan los conceptos erróneos con que han llegado al tratamiento.

- **Tiempo requerido** 10 minutos

- **Procedimiento:** Se organizaran a las parejas. Estas tendrán que contestar con rapidez las siguientes preguntas: “ ¿Qué temores, preocupaciones o ideas tenían antes de llegar aquí?” Después de un breve periodo de tiempo se leerán estas preguntas. Estas repuestas darán una excelente oportunidad al instructor para captar mejor las necesidades de las parejas, así como para tranquilizarlos y ayudarlos mediante repuestas que determinen el grado en que el taller se relaciona con esas preocupaciones.

INTERMEDIO: Se conduce a los participantes a un salón previamente preparado, donde encontrarán una mesa con refrigerios. El salón estará ambientado con música instrumental suave.

- **Duración:** 15 minutos

- **Materiales requeridos:** Refrigerio, grabadora y música

Luego se iniciara con el cierre del taller, con una dinámica llamada **“establecimiento de objetivos y plan de acción”**

- **Objetivo:** Establecer un clima positivo y un espíritu de cooperación entre las parejas.

- **Tiempo requerido:** 20 minutos.

- **Material:** Hojas en blanco

- **Procedimiento:** Se le pedirá a la pareja en los primeros 10 minutos crear una imagen mental colectiva, en forma oral, de cuál sería, de preferencia su situación de trabajo dentro del periodo que dure el tratamiento. Luego, se les pedirá que hagan un esbozo de un plan de acción en que enumeren los aspectos que están, directa o indirectamente bajo su control y que se deben alcanzar. Luego se hará que cada equipo presente su informe breve a todo el grupo. Esta dinámica concluirá el taller, con unas ultimas palabras y recomendaciones por parte de los talleristas.

Por último se les pedirá a los participantes que evalúen tanto la sesión del taller, como a los talleristas por medio del **“PNI”** (Positivo, Negativo e interesante).

- **Objetivo:** Evaluar de manera didáctica al taller y a los talleristas con el fin de conocer los errores para mejorarlos.

- **Tiempo requerido:** 5 minutos

- **Material:** Cartulina

Tiempo total de la sesión 1 hora y 30 minutos. Al finalizar se le entregará a cada participante su respectivo diploma, el cual confirma la asistencia al taller.

