

INFERTILIDAD Y CONTROL DEL ESTRÉS: UNA VISIÓN DESDE LA MEDICINA CONDUCTUAL

Maritza Mata Barahona^{1*} matabarahona@yahoo.com.mx
Gabriela Sáenz Ulate^{2*} saenzazul@yahoo.com
Ronald Ramírez Henderson^{3*} rhenders@racsa.co.cr

Fecha de recibido: 03 de agosto 2006 / Fecha de aceptación: 26 de octubre 2006

Resumen

La problemática de la infertilidad necesita ser interpelada desde una perspectiva integral. El ámbito de la medicina atañe específicamente, a aspectos biomédicos, siendo conveniente entonces incluir los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales vividos por las parejas con trastornos de infertilidad. EL artículo invita a la reflexión acerca de la importancia de un acercamiento interdisciplinario entre lo Médico y lo Psicológico, en el abordaje de la problemática de la infertilidad.

A partir de la revisión teórica y bibliográfica, se planteará un acercamiento desde la visión de la Medicina Conductual, modelo integrador biopsicosocial para la resolución de problemas prácticos en el amplio campo de la salud y de la enfermedad. Específicamente, abordado desde el programa de entrenamiento en inoculación del estrés.

Palabras clave: Infertilidad, modelo cognitivo conductual emocional, Medicina Conductual, Inoculación del estrés.

Abstract

The problematic of human infertility must be questioned from an integral perspective. Traditionally, the medical field concerns biomedical aspects; however, it is convenient to include cognitive, behavioral and emotional aspects lived by couples with infertility disorders.

This article invites to think about the importance of an interdisciplinary encounter between the medical and the psychological professions in the treatment of human infertility.

Starting from a theoretical and bibliographic review, a close look will be proposed from a Behavioral Medicine perspective, which is an integral biopsychosocial model to resolve practical problems in the wide range of health and sickness. Specifically, following a training program of stress inoculation.

Keywords: infertility, cognitive behavioral emotional model, behavioral medicine and stress inoculation.

1 *Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica.

2 *Consultoría y servicios integrales en salud (CONSISA)

3 *Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica

Introducción

El problema de los trastornos de infertilidad se presenta a nivel mundial en un 10% de las parejas durante su vida reproductiva (Regueyra, comunicación personal, 2002). Este porcentaje podría extrapolarse a la población costarricense (Villalobos, comunicación personal, 2002). La población afectada es intervenida principalmente desde el campo médico ginecológico, y se presenta como un reto dadas sus limitaciones diagnósticas y terapéuticas.

Con el avance de la ciencia se ha logrado trascender la inhabilidad humana de procrear, a través de métodos como la fertilización *in vitro*. Sin embargo, en nuestro país las parejas que sufren de problemas de infertilidad se ven en la imposibilidad de tener acceso a esta opción debido al Decreto Ejecutivo No. 24029-S, que elimina tal práctica (La Gaceta No. 45, 3 de marzo 1995).

La mayoría de los médicos se han dado a la tarea de brindar soluciones de orden puramente técnico y biológico, y han dejado de lado los aspectos emocionales que viven las parejas que presentan trastornos de infertilidad (Rueda y Rueda, 1987).

Debido a esto, es importante considerar el enfoque psicológico para estudiar y trabajar la infertilidad en las parejas que la presentan (Gerrity, 2001). Este enfoque contempla dos teorías, la teoría de la crisis de vida y la teoría biopsicosocial. La primera visualiza la infertilidad como un evento negativo y se centra en las consecuencias de ser infértil, incluyendo las formas de mediar el estrés que la infertilidad produce. Esta teoría considera que la mayoría de las parejas que se enfrentan a la infertilidad son mentalmente sanas y que la preponderancia de la infertilidad tiene una base física, incluso para aquellos casos con etiología idiopática o desconocida.

La teoría psicosocial se refiere a los efectos de la infertilidad a través del tiempo y en las relaciones interpersonales y familiares, provocadas por la presencia y desarrollo de múltiples estresores tales como existenciales, emocionales y físicos. La infertilidad modifica patrones de comportamiento de la pareja y altera sus expectativas a futuro. La respuesta de la pareja ante la infertilidad podría explicarse entonces como una

compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales; por lo cual resulta importante entender la compleja interacción entre el individuo, la pareja y los factores mencionados anteriormente (Gerrity, 2001).

Siguiendo la línea de la teoría biopsicosocial, podemos entender que los trastornos de infertilidad constituyen una situación que los miembros de la pareja experimentan en conjunto. Es así que ellos deben adaptarse a una nueva situación partiendo de: a) sus percepciones y valoraciones de la situación, b) la presencia o la ausencia de otros significativos, y c) la valoración de si disponen o no de habilidades para enfrentarse a esas situaciones (Domínguez, López y Méndez, 1998).

Domínguez et al. (1998), señalan que en el transcurso de la vida los individuos desarrollan mecanismos de adaptación y manejo de situaciones de crisis, por lo que resulta de vital importancia identificar los procesos que interactúan en el afrontamiento del estrés. Dentro de estos procesos se identifican elementos mutuamente interactivos que se desarrollan de un modo transaccional, como son los diferentes subsistemas del individuo y el ambiente, tales como el área familiar, social, laboral, entre otras; es así que estos elementos se influyen en forma recíproca (Deffenbacher, 1995).

De esta forma, el estrés no será entendido como un estímulo ni como una respuesta, sino más bien como el resultado de una transacción, es decir, una relación dinámica particular entre el individuo y el entorno. La persona no es una víctima del estrés, sino que, su valoración de los acontecimientos estresantes, y sus propios recursos y habilidades de afrontamiento, determinarán la naturaleza del estrés (Meichenbaum, 1987).

Es en este marco donde se inserta la presente discusión, ya que en ella se intentará rescatar la importancia de trabajar el control del estrés desde la Medicina Conductual (Godoy, 1991), en las parejas que: a) se encuentran por iniciar el tratamiento médico para la infertilidad, b) se encuentran en tratamiento médico o c) que han concluido su tratamiento.

Es entonces que, como una opción para integrar las intervenciones de dos disciplinas de la salud, el artículo tiene como objetivo realizar una discusión teórica de la importancia y utilidad

que podría tener la Medicina Conductual y sus postulados como herramienta, tanto teórica como metodológica, para propiciar esta aproximación entre la intervención médica y la intervención psicológica en el caso específico de la infertilidad.

Investigaciones realizadas acerca del tema

En los últimos años, los especialistas en medicina ginecológica, y en psicología coinciden en la importancia de rescatar el análisis global de la infertilidad (Mezzich, JE., 2000).

De manera similar, Gerrity (2001) señala que en la mayoría de los estudios acerca de la infertilidad se menciona que su tratamiento debe ser interdisciplinario (ginecólogos, urólogos, psicólogos, ecógrafos).

Desde esta perspectiva, uno de los elementos poco trabajados y que tiene gran relevancia es la incidencia a nivel cognitivo, fisiológico-emocional y conductual que puede generar el estrés que se produce en las parejas como consecuencia de los tratamientos para los trastornos de fertilidad.

Stamer, Wischman y Verres (2002) señalan que los tratamientos médicos frecuentemente consumen mucho tiempo y pueden representar una fuente imprevista de estrés para la mayoría de las parejas que se someten a estos. Ellos señalan que la investigación psicológica no ha tomado mucho interés en la forma en que la infertilidad puede estar causalmente conectada con aspectos emocionales en la pareja.

Por otro lado, Asp (2002) señala que en el año 2001, se realizó un estudio con 151 mujeres en la Universidad de California, San Diego, cuyas edades oscilaron entre los 26 y 49 años. En este se demostró que aquellas mujeres que se sintieron menos optimistas y más estresadas por los eventos de la vida cotidiana que otras, tuvieron un 93% menos de probabilidad de quedar embarazadas en los primeros cinco años de tratamiento.

Otra investigación realizada por Gibson y Myers (2002) con 83 mujeres, en la cual se estudió la relación entre estrategias sociales de afrontamiento, patrones de crianza y estrés generados por la infertilidad, indicó que las estrategias sociales de afrontamiento y los patrones de crian-

za contribuyen significativamente en la prevalencia del estrés generado por la infertilidad.

Estos datos son consistentes con los hallazgos sobre el efecto positivo del afrontamiento social en la salud emocional (Boyce, 1998; citado por Gibson y Myers, 2002), especialmente en la infertilidad femenina (Fouad y Fahje, 1989; citado por Gibson y Myers, 2002).

Estos estudios evidencian el papel que juega el estrés dentro del proceso de tratamiento para la infertilidad y su incidencia dentro del este como un factor importante de considerar. En la investigación de Gibson y Myers (2002) también se revela la importancia del apoyo de ambos miembros de la pareja en el manejo del estrés generado por la infertilidad.

En la revisión bibliográfica realizada no se encontraron trabajos realizados en Costa Rica que den cuenta sobre el efecto del estrés en parejas costarricenses con trastornos de fertilidad.

Teniendo como referencia estos antecedentes, podemos considerar el valor terapéutico del tratamiento interdisciplinario de los trastornos de fertilidad. Uno de los mayores beneficios que podría aportar la psicología a esta problemática son las opciones de evaluación y tratamiento psicológico, las cuales podrían implementarse en forma complementaria con el tratamiento médico.

Es así que el propiciar la interdisciplinariedad dentro del tratamiento de los trastornos de infertilidad permitiría contemplar al ser humano como una unidad integrada que busca alcanzar su equilibrio psicofisiológico (Pérez, 1995).

Un paradigma que propicia esta interdisciplinariedad es la Medicina Conductual, la cual permite integrar conocimientos de las disciplinas biomédicas y psicosociales (Buela-Casal y Carrobbles, 1996).

Medicina conductual

Buela-Casal y Carrobbles (1991) definen la Medicina Conductual, como la aplicación de técnicas de modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos físicos o disfunciones fisiológicas.

Godoy (1991) señala que, la Medicina Conductual:

constituye un campo nuevo que se distingue por el desarrollo y puesta en práctica de modelos integradores biopsicosociales para la resolución de problemas prácticos en el amplio campo de la salud y la enfermedad. Es así que la característica fundamental de la Medicina Conductual es la interdisciplinaridad (p. 872).

Además, la medicina conductual supone una ampliación de los tradicionales modelos conceptuales médicos de la enfermedad, considerando la participación en su génesis de factores psicológicos, donde muchos trastornos se entienden como de naturaleza psicossomática. También se incluyen entre los factores determinantes de la enfermedad los relacionados con el ambiente social, y se le considera entonces como algo de naturaleza biopsicosocial (Carrobes, 1984, citado por Godoy, 1991).

La medicina conductual rescata las variables de tipo comportamental o psicológicas (por ejemplo: valoraciones, pensamientos, expectativas, atribuciones, habilidades o recursos, respuestas a la enfermedad, sentimientos y estresores) que contribuyen a los procesos de sanar o enfermar. Dentro de estas variables se identifican las conductas de riesgo, las estrategias de afrontamiento del estrés y las respuestas al tratamiento médico o grado de cumplimiento de este, entre otras (Godoy, 1991).

Este enfoque permitiría abordar el trastorno de la infertilidad desde la psicología, tanto teórica como prácticamente. Tal y como se describió anteriormente, algunas parejas que experimentan dicho trastorno presentan reacciones ante las situaciones estresantes que se van presentando. Inicialmente, ante la incapacidad de concebir de la pareja, y posteriormente, a lo largo del proceso de diagnóstico y tratamiento médico ginecológico.

Dentro de los factores estresantes que podría experimentar la pareja se encuentran los factores económicos asociados con el costo del proceso médico-ginecológico (diagnóstico y tratamiento), así como factores físicos (por ejemplo: dolor asociado con los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico), emocionales (por ejemplo: la vivencia de sentimientos de impotencia y desesperanza ante la imposibilidad de procrear) y los conductuales (por ejemplo: conductas de evitación social, comunicación y motoras). Estos son algunos factores que podrían

estar implicados antes, o durante el proceso médico-ginecológico y tratamientos a los cuales la pareja se debe enfrentar.

Por otro lado, se suma la incertidumbre del resultado final, el temor al fracaso y sus implicaciones en la estabilidad de la pareja. Aunado a esto se puede considerar la modificación que sufre el patrón sexual característico de la pareja, debido a ciertas instrucciones específicas que demanda el tratamiento para la infertilidad. Entre estas se pueden mencionar el uso de posiciones específicas y horas determinadas para tener la relación sexual, lo cual puede facilitar el desarrollo de un contacto íntimo sexual de carácter mecánico y con ello alterar sistemáticamente su calidad (Applegarth, 1996).

Los elementos antes mencionados pueden generar una modificación significativa en el patrón característico de interacción de la pareja, de forma que se aumente la frecuencia de las interacciones que producen aversión y disminuyan los intercambios positivos entre ellos. Esto implicará un predominio de la reciprocidad negativa (Jacobson y Margoli, 1979) y con ello, se disminuye la calidad de la relación y se propicia un mayor nivel de estrés.

Así mismo, y como derivado de la tensión y el estrés que la pareja vive a lo largo de todo el proceso médico-ginecológico, podría presentarse una inhibición de la expresión de afecto entre la pareja, generar una modificación significativa en el patrón característico de su interacción, fomentar la frecuencia de las interacciones generadoras de aversión y la disminución de intercambios positivos entre ellos. Esto implica un predominio de la reciprocidad negativa (Jacobson y Margolin, 1979) y con ello se disminuye la calidad de la relación; obviamente esta nueva condición genera un mayor nivel de estrés y con ello se disminuyen en forma sustancial las probabilidades de éxito en lo que a la infertilidad se refiere.

El papel de la medicina conductual permitiría evaluar e identificar la evolución del estrés y además aportar estrategias orientadas a enfrentarlo, en parejas que presentan dicho trastorno.

Según Meichenbaum (1987), desde el punto de vista de la medicina conductual el modelo de intervención cognitivo conductual emocional contempla una serie de técnicas y estrategias

orientadas a la modificación de conductas problemáticas (ya sea porque se den en exceso o porque se presenten con muy poca frecuencia) que se adaptan al individuo y la pareja. El poseer pocas habilidades de afrontamiento del estrés podría generar ansiedad, frustración o depresión en los individuos (Applegarth, 1996).

En el caso específico del trastorno de infertilidad, la ayuda psicológica permitiría el entrenamiento de la pareja en las habilidades cognitivas, conductuales y emocionales que le faciliten la emisión de respuestas adaptativas ante la problemática. De esta manera se intentaría una intervención preventiva en la adquisición de estrategias de afrontamiento del estrés modificando los estilos de vida y la valoración del trastorno de infertilidad en las parejas.

En resumen, la medicina conductual supone la incorporación definitiva de la importancia que tienen los factores psicológicos en la generación de la enfermedad física, y en el caso de la infertilidad, es posible identificar el estrés.

Además, tal y como plantea Carrobbles (1998), dentro de los factores psicológicos el estrés juega un papel importante en ciertos trastornos, ya sea como factor desencadenante o como factor agravante de las consecuencias mismas del trastorno.

Se puede apreciar que en todos los sistemas biológicos se produce una activación generalizada ante el estrés. Por ejemplo, los sistemas digestivo y reproductor, durante la reacción de estrés, muestran una desactivación como efecto de la reducción de la afluencia de sangre. Los efectos orgánico-fisiológicos más inmediatos y aparentes observados durante la reacción de estrés pueden, por su parte, transformarse en alteraciones o trastornos psicofisiológicos crónicos, en caso de persistir a largo plazo la exposición continuada a las situaciones de estrés (Carrobbles, 1998).

Dentro del desarrollo de programas de intervención cuyos objetivos sean la promoción general de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; la inoculación del estrés (Meichenbaum, 1987) constituye un procedimiento específico que responde como solución interdisciplinaria para trabajar el estrés generado en el contexto de las parejas bajo tratamiento para la infertilidad.

Meichenbaum (1987) señala que el entrenamiento en inoculación del estrés (EIDE) surge como un enfoque general para abordar los asuntos relacionados con el estrés.

Su enfoque está orientado al tratamiento de un amplio espectro de problemas. El EIDE implica una evaluación completa de las interacciones entre la persona y su ambiente, y una selección cuidadosa de las estrategias de tratamiento (Deffenbacher, 1995), las cuales deben ser ajustadas a las características idiosincráticas de cada pareja.

Debido a esto, resulta necesario comprender como el estrés podría afectar la calidad de la relación de pareja.

Estrés en la pareja que presenta trastornos de infertilidad

El estrés se define como “un concepto relacional mediado cognitivamente, que refleja la relación entre la persona y el entorno apreciada por aquella como gravosa, o que excede a sus recursos y pone en peligro su bienestar” (Meichenbaum, 1987: 17).

Autores como Applegarth, (1996), Gerrity (2001) y Shapiro, (1982; citado por Gerrity, 2001) han identificado elementos estresantes de tipo existenciales, físicos, emocionales y relacionales en las parejas con trastornos de infertilidad.

Dentro de los *estresores existenciales* se ha determinado que en las parejas con dificultades para concebir se ve afectada la autoimagen de cada uno de los miembros de la pareja, debido a que se encuentran mediadas por creencias sociales y culturales acerca de la masculinidad y la feminidad (Gerrity, 2001). Asimismo, los sentimientos de desesperanza e impotencia se aumentan conforme avanza el tiempo y se agotan los múltiples intentos para concebir.

Los *estresores físicos* se manifiestan cuando se evalúan los procesos médicos como invasivos e intrusivos en áreas íntimas y privadas de la pareja. Como parte del proceso de diagnóstico y tratamiento la pareja debe brindar información exacta de sus prácticas sexuales, frecuencia y método del coito, y así mismo se les recomienda

utilizar ciertas posturas para facilitar la fecundación (Gerrity, 2001).

En cuanto a los *estresores emocionales* se encontró que las parejas experimentaban ira, frustración, ansiedad, angustia, culpa y depresión entre otros, siendo el estrés una respuesta inmediata ante la incapacidad de concebir después de cierto tiempo de intentarlo (Gerrity, 2001).

Por otro lado, los *estresores relacionales* evocan serios problemas maritales. Las emociones, pensamientos y conductas generadas por la problemática afectan sus habilidades de comunicación, resolución de problemas y asertividad para enfrentar el proceso diagnóstico y de tratamiento (Gerrity, 2001).

El modelo cognitivo conductual emocional considera que los conflictos maritales proceden de los procesos cognitivos irracionales de los sujetos, y de la interacción de estas cogniciones distorsionadas con los procesos que se incluyen en las áreas de la valoración situacional, emociones y las conductas (Ellis, 2001).

Este modelo de mediación cognitiva señala que estos procesos en las relaciones de pareja, se ven influenciados por la visión del cónyuge acerca del otro, las interpretaciones específicas que cada uno hace de la conducta del otro y las respuestas emocionales y conductuales hacia el otro (Epstein, Schlesinger y Dryden, 1988).

La presencia de ideas irracionales genera una exacerbación de las reacciones emocionales inapropiadas ante el estrés. De hecho, con frecuencia se constituyen en fuentes de estrés en sí mismas, constituyendo así, el estrés secundario.

Debido a la falta de estudios específicos que se ubiquen dentro del contexto nacional, resulta relevante explorar e identificar algunos elementos estresores que intervienen en las parejas que presentan infertilidad en nuestro país. Su importancia radica en el hecho de que la aplicación del EIDE se debe realizar a partir de los elementos estresores que se podrían encontrar en estas parejas, antes, durante y después de los procesos diagnósticos y de tratamiento médico ginecológico.

En el siguiente apartado se rescatará la aplicabilidad e idoneidad del EIDE en el control del estrés específicamente en parejas que presentan esta problemática y atraviesan el proceso de diagnóstico y tratamiento médico.

Entrenamiento en inoculación del estrés: una respuesta específica desde la medicina conductual

El EIDE se refiere a un modelo de tratamiento consistente en un plan de adiestramiento semiestructurado y clínicamente sensible. Este combina elementos de reestructuración cognitiva, resolución de problemas, ensayos conductuales en vivo e imaginados, de control instruccional, discusión socrática, entrenamiento en relajación, autorregistro, autoinstrucciones y autorreforzamiento, así como intentos de lograr cambios en el patrón de respuesta ante los estímulos estresores (Meichenbaum, 1987).

Estos elementos se estructuran en función de la especificidad del área de intervención, así como de las características de las personas que participan en él. Todo esto tiene como fin generar y desarrollar habilidades de afrontamiento, tanto para resolver problemas inmediatos como dificultades futuras (Meichenbaum, 1987), (Deffenbacher, 1995).

El propósito del EIDE elaborado por Meichenbaum (1987) es desarrollar habilidades de afrontamiento y reforzar la resistencia mediante la exposición a estímulos. De esta manera el autor señala que la persona podrá: a) desarrollar un conjunto de recursos aprendidos gracias a su experiencia con éxito al afrontar niveles plausibles de estrés; b) hacerse con una defensa prospectiva compuesta de habilidades y expectativas positivas que le ayudarán eficazmente en situaciones todavía más estresantes.

El esquema del EIDE se compone de tres fases, las cuales se trabajarán a nivel de pareja (Meichenbaum, 1987):

- a. **Fase de reconceptualización:** se establece una relación cálida y de colaboración entre el consultante y el terapeuta, que permita llevar a cabo una evaluación clínica detallada y la comprensión de las preocupaciones del consultante. Luego se definirán o reconceptualizarán los problemas como complejas cadenas de acontecimientos en desarrollo, con causas múltiples.

Estos problemas deben considerarse en términos de déficit de habilidades, conductuales, distorsiones cognitivas, y estímulos estresantes ambientales, entre otros. De esta manera, el modelo de tratamiento estará orientado hacia la modificación de patrones de comportamiento y coloca importantes eslabones en la reconceptualizada cadena de acontecimientos.

b. **Fase de adquisición y ensayo de habilidades:**

se desarrollan las habilidades de afrontamiento del estrés necesarias, que se han elegido como las más útiles en cada caso particular. Dentro de las estrategias están: la reestructuración cognitiva para el diálogo disfuncional con uno mismo y la pareja, el entrenamiento en relajación para controlar la activación emocional y fisiológica, el entrenamiento en habilidades conductuales, (entre ellas el entrenamiento en solución de problemas, comunicación y asertividad). Estas habilidades y estrategias surgen de los diálogos conjuntos entre el terapeuta y los consultantes, y se enmarcan dentro de la propia idiosincrasia de la pareja. Posteriormente estas habilidades y estrategias se ensayan, se revisan y se pulen en repertorios flexibles. Luego se traducen y ensayan apoyados con auto-verbalizaciones específicas, propiciando su puesta en práctica en la vida cotidiana del paciente.

El modelo se vería beneficiado con la intervención de pareja, ya que se busca que los consultantes desarrollen una serie de habilidades en varias áreas. Jacobson y Margolin (1979) señalan que la terapia marital conductual es altamente estructurada y explícitamente didáctica. Busca enseñar sistemáticamente habilidades relacionales a la pareja, siguiendo un formato preestablecido, donde se le explica a la pareja los procedimientos y los fundamentos de cada aspecto del programa de tratamiento.

c. **Fase de aplicación y consolidación:** se asegura la aplicación de los esfuerzos de afrontamiento a las situaciones problema y su transferencia al mundo externo. Se ensayan las habilidades en

situaciones estresantes escenificadas, simuladas o imaginadas. Conforme los consultantes muestran un cambio conductual, emocional y cognitivo que sea funcional, las habilidades se transfieren al mundo externo por medio de: experimentos conductuales, tareas graduales para la casa y su aplicación en situaciones reales (Mián y Milchell, 1995).

En esta fase es de suma importancia la retroalimentación, la cual servirá como base para la adquisición de habilidades y para las modificaciones que se produzcan posteriormente, las cuales pueden generalizarse a otros estímulos estresantes (Meichenbaum, 1987).

La retroalimentación sistemática permite el moldeamiento de las habilidades de afrontamiento por medio de las aproximaciones sucesivas y el reforzamiento diferencial de cada una de las estrategias de afrontamiento en cada pareja.

Es importante enfatizar que las parejas que presentan trastornos de infertilidad muestran respuestas de afrontamiento específicas, entre las cuales se pueden identificar depresión, ansiedad, patrones disfuncionales de comunicación, entre otros; que a su vez están mediadas por aspectos sociales, culturales, psicológicos y fisiológicos (Gerrity, 2001).

Un aspecto importante de este modelo de tratamiento es que tiene como requisito la evaluación idiosincrásica de aspectos vivenciales, cognitivos, conductuales y emocionales de afrontamiento del estrés por lo cual no se violenta al paciente sino que su tratamiento se desarrolla tomando en cuenta a la pareja. De esta manera, la pareja asume un papel activo en la creación de la estrategia de intervención psicológica.

Por otro lado, la recolección de información acerca del proceso médico ginecológico y de cómo vive la pareja el mismo, implica necesariamente un trabajo interdisciplinario entre el médico y el psicólogo. Esta información podría recolectarse mediante autoregistros u otras técnicas que permitan conocer el repertorio conductual, emocional y cognitivo de la pareja ante la problemática de la infertilidad. Este trabajo en conjunto, permitirá una visión integral de la pareja por parte del psicoterapeuta, mucho más flexible y efectiva.

El enfoque cognitivo conductual emocional faculta al psicoterapeuta para trabajar a nivel de pareja, lo cual incrementa la integralidad de la intervención psicológica (Jacobson y Margolin, 1979). Esto permitiría asumir el problema no solo de manera individual, sino además dando énfasis a la vivencia del estrés de la pareja.

Según Lazarus y Folkman (1984, citados por Meichenbaum, 1987) el enfoque de afrontamiento se realiza en dos direcciones: por un lado centrado en el problema, lo cual se relaciona con las creencias irracionales que tiene la pareja acerca de la infertilidad. Por otro lado, centrado en la emoción, lo cual implica cómo la pareja vive la infertilidad y las emociones que esta genera.

El enfoque adoptado por el EIDE ofrece una variedad de técnicas de afrontamiento en un ambiente distendido, donde la pareja pueda experimentar para determinar la que mejor se adecua a su situación. El objetivo consistirá en fomentar un repertorio de afrontamiento flexible e integrado que sea sensible, en cada situación concreta, a toda la gama de intercambios estresantes (Meichenbaum, 1987).

Por otro lado, también se logra otorgarle poder a la pareja para que ponga en práctica las habilidades de afrontamiento adquiridas en otras situaciones independientes al caso de la infertilidad, generalizando así patrones de respuesta a otras condiciones generadoras de estrés.

Debido a esto resulta necesario comprender cómo el estrés podría afectar la calidad de la relación de pareja.

Discusión

La medicina conductual permite ampliar las posibilidades de intervención sobre los diferentes aspectos relacionados con la salud y la enfermedad. Esta se ha acrecentado en los últimos años con extraordinaria rapidez y ha abarcado cada vez más tipos de problemas, y más y mejores estrategias en el abordaje de estos (Godoy, 1991).

Dentro de las áreas de actuación de la Medicina Conductual podemos encontrar la evaluación y el tratamiento de trastornos específicos

de la salud, el fomento de la actividad de otros profesionales de la salud y la promoción general de la salud y prevención de la enfermedad (Buela-Casal y Carrrobes, 1996).

Uno de los trastornos específicos de la salud que podrían verse beneficiados al intervenir desde la medicina conductual es la infertilidad. Específicamente, se intervendría sobre el estrés que se genera a partir de la inhabilidad para procrear, y los procesos de diagnóstico y tratamiento médico-ginecológico en las parejas que lo padecen.

La intervención psicológica a estas parejas, tendría que orientarse al desarrollo de habilidades de afrontamiento al estrés que se adapten a la idiosincrasia de la pareja y a los objetivos del EIDE, con el fin de aplicarlo a sus necesidades específicas.

Esta reflexión que se ha venido desarrollando a lo largo del artículo nos lleva a plantear la necesidad de desarrollar y validar empíricamente (Kazdin, 1998) una estrategia de intervención psicológica para parejas con trastornos de infertilidad en Costa Rica. Esta estrategia debe plantearse desde el modelo integrador biopsicosocial que ofrece la medicina conductual y específicamente el entrenamiento de inoculación del estrés.

La propuesta de intervención psicológica estaría enfocada en atenuar y modular los estresores involucrados en la generación de malestar en la pareja. Su identificación idiosincrática permitiría brindar un aporte en cuanto al mejoramiento de la calidad de vida de la pareja mediante la inducción de conductas, emociones y cogniciones durante el tratamiento en medicina reproductiva que incrementen en los cónyuges el rescate de la pareja como tal, ofreciéndoles herramientas que permitan el disfrute y la satisfacción de las relaciones íntimas (comunicación, relaciones sexuales, erotismo) y el intercambio positivo.

Otro aspecto al que estaría dirigida la intervención psicológica sería desarrollar habilidades sociales en la pareja con el fin de que esta encuentre mecanismos o conductas alternas de afrontamiento social para obtener una incorporación saludable en el medio inmediato (familia, amigos, trabajo). Igualmente el aspecto preventivo que ofrecería la intervención desde la

Medicina Conductual apunta hacia la conducta en relación con su ambiente, como factor relevante en la salud/enfermedad, ofreciendo así un abordaje preventivo en aspectos fisiológicos, emocionales, cognitivos y conductuales

Como señala Bayés (1979) “la Medicina Conductual se interesa por los factores ambientales y patrones de conducta (los llamados “estilos de vida”) que se asocian a determinadas patologías físicas”, así como el trabajo con dichos factores a modo de prevención o de tratamiento, lo cual en el caso de la infertilidad podría ofrecer opciones de intervención más integrales y ligadas a la realidad particular de cada pareja.

Bibliografía

- Applegarth, L. 1996, Emocional Implications, En: E. Hadáis, J.A. Rock y Z. Rosenwaks (comp.) Reproductive endocrinology, surgery and technology. Lippincott-Raven Publishers, U.S.A
- Asp, K. 2002. Lowering stress raises fertility. Rev. Shape 21 (8) Disponible en: <http://www.shape.com/livehealthy/5544>
- Bayés, R. 1979. Psicología y Medicina, Fontanella, Barcelona.
- Buela-Casal, G y J.A. Carrobes, 1991. Concepto de psicología clínica, Medicina Conductual y psicología de la salud. En G. Buela-Casal, V. Caballo y J.C. Sierra (comp.) Manual de evaluación y de psicología clínica de la salud.. Siglo Veintiuno Editores, México, 250 p.
- Carrobes, J. 1998. Estrés y trastornos psicofisiológicos. En: Caballo, V. (comp.) Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Siglo XXI Editores, S.A., España, 360 p.
- Deffenbacher, J. 1995. La inoculación de estrés. p. 627-654 En: Caballo, V. (comp.) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI Editores, España, 400 p.
- Domínguez, P., C. López y A. Méndez, 1998. Manual para instructores sobre el control y manejo del distrés. UNAM, México.
- Ellis, A. 2001. Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors. Amherst, New York. USA: Prome Theus Books.
- Gerrity, D. 2001. A biopsychosocial theory of infertility. Rev. Family Journal 9 (2) Disponible en: <http://tfj.sagepub.com/cgi/reprint/9/2/151>
- Gerrity, D 2001. Five medical treatment stages of infertility: Implications for counselors. Rev. Family Journal 9 (2) Disponible en: <http://tfj.sagepub.com/cgi/reprint/9/2/140>
- Gibson, D. y J Myers. 2002. The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. Rev. Journal of Mental Health Counseling 24 (1) Disponible en: <http://www.highbeam.com/doc/1G1-83032628.html>
- Godoy, J. 1991. Medicina Conductual. En V. Caballo (comp.) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo Veintiuno Editores, España.
- Jacobson, N. y G. Margolin, 1979. Marital therapy. Strategies based on social learning and behavior exchange principles. New York, USA: Brunner/Mazel, Publishers.
- Kazdin, A. 1998. Métodos de investigación en psicología clínica. México, Editorial Pearson Educación
- Meichenbaum, D. 1987. Manual de inoculación de estrés. Edit. Martínez Roca, España.
- Mezzich, JE. La relevancia del diagnóstico y evaluación global-comprensiva para la salud sexual. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000, citado: 22

marzo 2002; Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/trsexuales/1897/>

Pérez, E. 1995. Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la reproducción. Un enfoque integral. Programas Educativos S.A. México.

Rueda González, R y R. Rueda Sáenz, 1987. Guías diagnósticas en infertilidad. Asociación

Colombiana para el Estudio de la Población, Bogotá, Colombia.

Stamer, H, T. Wischmann; y R. Verres, (2002) Counseling and Couple Therapy for Infertile Couples, Family Process, Vol. 41, No. 1. (On line) Disponible en: <http://www.blackwellsynergy.com/doi/abs/10.1111/j.1545-5300.2002.40102000111.x>