

Salud psicológica en la mujer estéril

JORGE CARREÑO-MELÉNDEZ,^a BERTHA BIUM-GRYBERG,^b
CLAUDIA SÁNCHEZ-BRAVO,^a M. CONSUELO HENALES-ALMARAZ^a

RESUMEN

Un problema frecuente en pacientes con infertilidad es el sobrediagnóstico por la asociación entre padecer infertilidad y tener una enfermedad mental; sin embargo, las evidencias han mostrado que sólo 30% de las mujeres desarrollarán cambios en la esfera psicológica que no corresponden a una enfermedad mental. Los cambios son principalmente manifestaciones reactivas ante el evento. Este trabajo es una propuesta que plantea otra forma de conceptualizar las reacciones de la mujer con esterilidad. Dentro de un continuo de salud y enfermedad se propone la existencia de cuatro segmentos: la psicosis, los trastornos de personalidad, las neurosis y las manifestaciones reactivas, para establecer una diferencia entre estar sano y enfermo. Las manifestaciones se dan en la esfera psicológica donde y, como resultado de las manifestaciones reactivas, hay un impacto en la calidad de vida de las pacientes en tratamiento. Los cambios se dividen en tres diferentes campos: la conducta habitual, la sintomatología y el área relacional. La propuesta se realiza con el objetivo fundamental de despatologizar la visión de la mujer infértil.

PALABRAS GUÍA: Salud psicológica, infertilidad, manifestaciones reactivas.

INTRODUCCIÓN

Los padecimientos, sobre todo, los crónicos, son hoy uno de los principales retos teóricos y prácticos que tiene la psicología, en particular la que se dedica a la atención de problemas de salud. Por eso, en décadas recientes, particularmente en la pasada, la *American Psy-*

chological Association (APA) reconoce una nueva especialidad: la Psicología de la Salud. Este nuevo campo se define como: el conjunto de las contribuciones específicas de la psicología orientadas a la promoción y mantenimiento de la salud, así como a la prevención y tratamiento de la enfermedad; participa además, con la identificación de correlatos diagnósticos y etiológicos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.¹

Sí se plantea la pregunta: ¿qué es la salud y la enfermedad en términos de lo psicológico?, probablemente sea más fácil definir el término enfermedad, ya que constituye un concepto muy claro desde la estadística, la epidemiología, la cultura, o bien, desde lo que es esperado en un grupo social. Por su parte, plantear ¿qué es

^a Investigador adscrito Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER).

^b Facultad de Psicología de la UNAM.

Correspondencia:

Mtro. Jorge Carreño Meléndez
Depto. de Psicología, 2do piso Torre de Investigación, Montes Urales No. 8000, Col. Lomas de Virreyes, C.P. 11000, México, D.F.

Recibido: 24 de octubre de 2007.

Aceptado: 18 de febrero de 2008.

la salud?, lleva a otras preguntas relacionadas, como: ¿dónde inicia y dónde termina?, ¿existe realmente?, o bien, ¿es un ideal que se pretende alcanzar? Para sustentar el concepto de salud psicológica se han realizado diversas investigaciones clínico-epidemiológicas, donde se ha mostrado una amplia relación con un conjunto de factores que trascienden lo biológico.²

Como todo intento para explicar la situación en torno a la salud psicológica, es necesario partir de una definición y concepción en torno a ella, por lo que conviene preguntarse cuál el objeto de estudio de la psicología: ¿son las sociedades, la cultura o el individuo?

Si se parte de la premisa de que el objeto de estudio de la psicología es el individuo, el cual está inmerso en una sociedad que determina su forma de pensar, sentir y vivir dentro de la cultura. Así, la ideología de la sociedad se incorpora en la vida cotidiana y transforma su concepción del mundo, al ocurrir esto, se convertirá en un producto estrictamente psicológico.

Al definir un concepto tan amplio como la salud, se está frente a la tarea de retomar conceptos que se han manejado desde una perspectiva tradicional, donde se propone que el individuo es un cúmulo de estímulos y respuestas. Un conglomerado de respuestas que se mantienen por un reforzador, el cual tiene un significado particular para cada individuo, precisamente por esto se mantiene como contingente. Para otros autores, la construcción de la psique se produce por el entramado de hechos históricos. Por otra parte se reconoce que la construcción del mundo psíquico no puede ser lineal, ya que las vivencias de cada individuo se metabolizan de manera distinta en relación con el entorno, es decir, se van matizando a partir de vicisitudes y significados diferentes para cada persona. Por ejemplo, los padres son incorporados de manera diferente por cada uno de los hermanos, según el lugar que ocupen dentro de la familia. Esto trae como consecuencia un comportamiento único, por lo que ante las situaciones que se presentan e interpretan como un conflicto, la respuesta será particular.

En el caso de la infertilidad, algunos autores atribuyen estados patológicos, como altos grados de depresión y ansiedad, desórdenes psiquiátricos y estrés postraumático en ocasiones como explicación etiológica.^{3,4} Cuando se consultan estudios epidemiológicos en México⁵⁻⁸ se ha observado que la prevalencia de depresión, la ansiedad y otros trastornos, en población abierta, es de alrededor del 5 al 10 por ciento. Por lo que un problema frecuente en la literatura psicológica de la infertilidad es su tendencia a patologizar a la mujer estéril, por lo que la concepción del fenómeno es abordada con el modelo de enfermedad general; ante el menor cambio se genera la enfermedad. Cuando se analiza la literatura sobre esterilidad femenina los reportes más conservadores hablan de que estos trastornos van desde de 25 por ciento y los laxos los reportan hasta 45 por ciento. Sin embargo, es posible que los datos clínicos de estos estudios se deban a un sobrediagnóstico del problema. Una razón es que los instrumentos de rastreo o tamizaje, en algunos casos, se han tomado como diagnósticos.^{10,11}

El llanto, por ejemplo, es una forma de expresión de los afectos y no necesariamente un síntoma de depresión; lo encontramos en diversas expresiones: la alegría, la ira, el dolor y la ansiedad, por lo que se ha generado una sobreinterpretación, tanto por el sentido común, como por algunos clínicos, al etiquetarlo de inmediato como un proceso psicopatológico, la mayoría de ocasiones. esta interpretación no guarda relación con la vivencia de la persona. Depresión y ansiedad son términos utilizados indiscriminadamente (con frecuencia de manera errónea) que se han hecho de uso corriente, tanto entre los profesionales de salud, como entre la población en general, por lo que resulta necesario retomarlos desde una conceptualización de la clínica.*

Existen eventos de la vida cotidiana que pueden provocar alteraciones emocionales.

* Cada vez son más los trabajos que hablan inicialmente de salud mental o psicológica y concluyen con trastornos adaptativos o manifestaciones reactivas, que no necesariamente son psicopatología o procesos de enfermedad mental (cf. Avila, Ballesteros, Díaz et al.).



Esto representa una manifestación normal, sin que necesariamente se hable de psicopatología o, en términos clínicos, de trastornos de ansiedad o depresión.

Para diagnosticar depresión y ansiedad se debe recurrir a la propuesta de la fenomenología; ésta explica que es un síntoma y su combinación con signos que llegan a formar síndromes, condición necesaria para elaborar un psicodiagnóstico (DSM-IV, 1995).¹²

Por lo anterior, se realiza una propuesta contemplada desde la línea de la reproducción humana, específicamente sobre aspectos psicológicos relacionados con esterilidad o infertilidad (sinónimos). El objetivo consiste en explorar dichas relaciones desde la psicología de la salud.

La postura de este trabajo es describir el impacto psicológico y emocional cuando una mujer vive una situación de esta naturaleza; anteriormente no se había planteado por qué unas mujeres presentan sintomatología y otras no. Es una forma de proponer nuevas unidades de análisis en torno al fenómeno de la esterilidad y ampliar el campo de discusión.

La mayoría de las mujeres que tiene problemas de esterilidad no ha entrado a un proceso de psicopatología o enfermedad mental, sino a un proceso de manifestaciones reactivas. Esto puede parecer en algunas ocasiones, contradictorio, ya que un sinnúmero de investigaciones hablan de depresión y ansiedad; sin embargo, el cúmulo de manifestaciones sintomáticas no permiten agruparlas en una categoría para poder hacer un diagnóstico conforme al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)¹² o a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales. (CIE-10).¹³

Una línea de investigación desarrollada en los últimos 14 años, en una institución de cuarto nivel de atención, (Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes), en el campo de la psicología clínica, ha marcado las pautas de intervención y de investigación sobre esterilidad. Con base en la experiencia generada, podrían replantearse los conceptos tradicionalmente manejados y cuestionar que el que una mujer tenga

esterilidad sea equivalente a la presencia de psicopatología o enfermedad mental. Lo anterior llevaría a asumir y asignar causalmente padecimientos psiquiátricos severos para algunas mujeres que cursan con el padecimiento.

Por la multitud de manifestaciones clínicas a lo largo del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de esterilidad junto con las vicisitudes de las distintas faces se impacta la vida emocional (expresado mediante reacciones de tipo depresivo, ansioso, baja autoestima, bajo autoconcepto, deficientes relaciones de pareja y de la vida sexual, aislamiento, conflictos con la familia de origen y política, entre otros), el cúmulo de reacciones tiene una clara definición clínica como entidad de trastorno mental o psicopatológico.¹⁴

Según las mediciones realizadas en mujeres que enfrentan esta dificultad en la vida reproductiva, podemos ubicarlas como de una población típica dentro de la normalidad estadística.¹⁵⁻¹⁸ Estudios comparativos con antecedentes en diversas partes del mundo y en distintas culturas, las modificaciones emocionales por esta condición son fenómenos que trascienden la cultura y que se presentan entre 20 y 30 por ciento de las mujeres que buscan un embarazo. Las cuales desarrollarán algunas reacciones y no todas como se ha propuesto en ocasiones. Una explicación del cambio que sufren las mujeres, por lo general desde una postura culturalista, es el hecho de que la sociedad presiona a la mujer para lograr un embarazo. En sociedades donde la maternidad no es una condición de identidad de la mujer, no se le presiona para tener hijos. Así, dentro de esos esquemas culturales (principalmente europeos) la realización de la mujer no está condicionada por la capacidad de engendrar hijos. Con esto, los argumentos culturalistas y sociales pierden fuerza: ¿no será que, independientemente de la población estéril que se analice o del grupo étnico que se valore, las alteraciones de la vida psíquica responden de manera transcultural?¹⁴

Actualmente se ha propuesto la existencia de variables mediadoras que están presentes en la psique femenina y que pueden mediar o

proteger ante la presencia de la vivencia de esterilidad:

1. El locus de control.
2. El tipo de afrontamiento.
3. El rol de género.
4. La autoestima.
5. El autoconcepto.
6. La asertividad.¹⁹

Las distintas combinaciones de estas variables funcionarán como protectoras o facilitadoras ante la presencia de una entidad que, en sí misma, no es una psicopatología, sino que son manifestaciones reactivas o alteraciones en la adaptación. La relación entre salud y la enfermedad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.²⁰ Un impacto en el área social o biológica, tendrá una repercusión en la esfera psicológica.

La psicología como disciplina tiene que dar explicación de aquellos aspectos estrictamente psicológicos, desde luego, sin perder el contexto social y biológico; además, debe tomar en cuenta que los contenidos sociales de una cultura e ideología, la maternidad, por ejemplo, son inculcados y asimilados en la psique femenina desde la infancia, no obstante, en cada una de las mujeres se mantienen con diferentes significados, de esto dependerá si es posible o no impactar la esfera psicológica. También cuando se habla de las características biológicas, ser hombre o ser mujer anatómicamente, va a ser determinante para el mundo psicológico; sin embargo, dentro de los contenidos psíquicos, no es posible diferenciar de manera clara la línea divisoria entre lo biológico, psicológico y social, como se muestra a continuación* (Figura 1).

Cada individuo tiene representaciones, sociales y biológicas, expresadas mediante conductas, actitudes, mostrando ese mundo interior o psíquico.

Desde esta postura, se puede considerar que la esterilidad está determinada por lo biológico, por lo que el impacto por esta alteración sólo la podemos observar mediante las manifestación de ese mundo interno, subjetivo, explicando el proceso reactivo en sus distintas fases del diagnóstico y tratamiento que siguen las parejas, en especial en las mujeres, que en algunas ocasiones desarrollarán manifestaciones depresivas o ansiosas, ya que sólo alrededor del 5 por ciento presentarán una patología franca y clínicamente catalogada como tal. Las reacciones de depresión y ansiedad y sus manifestaciones en la vida cotidiana, afectan la calidad de vida de las mujeres. Cuando estas respuestas emocionales se extienden a la esfera relacional, incapacita a las personas en varias áreas de su vida, por ejemplo, para comunicarse con su pareja y con su entorno social. Si se acentúa en forma rígida la importancia de un hijo como parte de la identidad, pone en riesgo el bienestar físico y psicológico de la mujer, con alta cuota de sufrimiento.¹⁹

La infertilidad es un acontecimiento vital que se convierte en estresante y es calificado en la actualidad, sobre todo, por las mujeres, con un impacto emocional elevado. Cuando una mujer conoce la imposibilidad de concebir se cuestiona su identidad como mujer. Al no encontrar respuesta afecta su salud psicológica.

La mayoría de los estudios que se realizan, tanto en México como en el resto del mundo en torno al problema de esterilidad, permiten

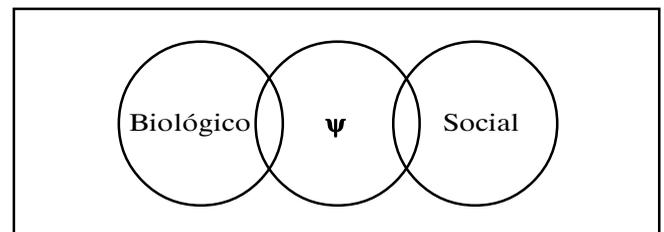


Figura 1. El mundo psíquico.

* Para este momento se ha establecido una diferencia entre lo psíquico como acto fundamental que atañe al ser humano, mientras que las características generales del hombre pueden ser rastreadas en la mente que incluye instancias o formas particulares, sociales, históricas, de clase, de la cultura, etc. (cf. Tappan, 2004). Tappan, M. E. (2004). *Epistemología y Psicoanálisis, una mirada al psicoanálisis y a la construcción del conocimiento*. Universidad Potosina.

comparar los resultados por el tipo de instrumentos de evaluación que se utilizan. Sin embargo, la interpretación de esos resultados los hace diferentes.

Algunos resultados coinciden con otros trabajos que son de muestras pequeñas como la de Miranda y cols.,²¹ que estudiaron 15 parejas, o la muestra de 100 mujeres de Lukse y Vacc,²² o bien, la realizada por Newton y cols.,²³ con una muestra de más de 1,000 parejas.

Para algunos autores, las mujeres con infertilidad presentan grados de depresión y ansiedad equivalentes a otros problemas de salud, como el SIDA, el cáncer o las alteraciones cardiovasculares.

Sobre los fenómenos de depresión existen informes que van de moderados a severos,^{3,4} y con grados elevados.^{11,18-22} Un dato importante entre la población con esterilidad, es que en uno de estos reportes se mostró que 58.4% no presentaron depresión, 21.7% fue mínima o ligera; 13.7% moderada o marcada, y sólo 6.2% severa.

La ansiedad-estado frecuentemente es una manifestación y recurso adaptativo y no una enfermedad, ya que permite hacer ajustes para poder enfrentar la situación particular, pero esta manifestación es de curso temporal. Se presenta en forma frecuente ante un evento amenazante frente al diagnóstico o pruebas de laboratorio, no llega a instalarse como una manifestación permanente y, por tanto, es una reacción normal y no una respuesta psicopatológica. También la ansiedad-rasgo y la ansiedad generalizada, se han observado en distintos reportes.^{3,4,9,10,25}

Si se toma en cuenta la propuesta de Spielberg, Martínez, González, Natalicio y Díaz,²⁶ quienes desarrollaron el instrumento para medir ansiedad en sus dos dimensiones: rasgo-estado, la cual es una característica de personalidad y no una psicopatología, es decir, una forma de responder a los eventos estresantes. En un modelo formulado para la explicación de la ansiedad-rasgo en donde se utilizó una regresión lineal múltiple, ésta explicó 62% de la varianza con variables como la autoestima, papel de género de sumisión y la no asertividad en situaciones cotidianas.

Las variables explicativas fueron variables de personalidad o clínicas, que en sí mismas no manifiestan enfermedad, sino rasgos de personalidad.¹⁹ Es necesario apuntar que la ansiedad-rasgo es una característica, una forma de respuesta permanente ante cualquier evento evaluado subjetivamente como amenazante y, por tanto, no es una respuesta adaptativa, ya que tiende a ser una manifestación crónica; sin embargo, tiene importancia clínica para el tratamiento de una paciente en psicoterapia, pues se trata de una característica de la personalidad y no de un diagnóstico.

Otras investigaciones presentan a la esterilidad como la manifestación y la experimentación de un número mayor de emociones negativas como: frustración, soledad, tristeza, pena, culpa y rabia.^{14,21} También se encuentra la permanencia de sentimientos desesperanza, debido a que se crea una perspectiva negativa de la posibilidad de embarazo.^{9,22}

En los últimos 28 años, la inseminación artificial se ha introducido con éxito para el tratamiento de la esterilidad. Las parejas sometidas a estos tratamientos habitualmente cuentan con una historia de búsqueda de soluciones, tanto mágicas como científicas,²⁷ cuando se realizaron intervenciones psicológicas para intentar incrementar la fertilidad de pacientes sometidas a reproducción asistida, todas ellas han derivado en fracaso, porque la presencia de alteraciones emocionales no va a determinar la fertilidad; sin embargo, las personas mostrarán sentimientos de frustración e indefensión frente al problema.²⁸

La esterilidad provoca la emergencia de una serie de recursos adaptativos que operan mediante determinadas respuestas psicosociales. Cuando estas respuestas son desadaptativas se convierten y constituyen un conflicto con la realidad (primera fuente de manifestaciones reactivas).

De acuerdo con Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mullan (2002),²⁹ existen variables mediadoras que influyen en el impacto de la relación estrés-estado emocional cuando se presenta un evento disruptivo (como

esterilidad, pérdida de trabajo, etc.). Esto atañe al estado emocional, ya que afecta un área particular de la vida y el papel social.

La mayor parte de los trabajos revisados se centran en el estudio de las mujeres infértiles, debido a que independientemente de que el factor de diagnóstico sea femenino, masculino, de origen desconocido o mixto, la mujer desarrolla más cambios psicológicos, incluso en el caso de que el factor sea masculino.^{21,23}

Por ello, las pacientes con dificultades en la vida reproductiva tienden a enviar mensajes poco claros sobre la situación que están pasando y, al no obtener la respuesta esperada, las manifestaciones se van incrementando, al grado de aislarse de su entorno familiar y social como respuesta a un sentimiento de incompreensión y de sentirse distinta al resto de las mujeres.³⁰

Cuando una mujer estéril tiene expresión sintomatológica por más de seis meses, como 30% de las muestras en México, pudiera hablarse de una condición adaptativa.¹⁹ Las personas con esterilidad que tienen antecedentes de autoestima baja, ansiedad-rasgo alta y rol de género de sumisión, así como una asertividad indirecta y modificación del autoconcepto, como características personales, tienden a vivir y cronificar las reacciones.¹⁹

A pesar de esta condición, que en sí misma no conforman ningún cuadro psicopatológico. La combinación de las variables pueden explicar el origen de las manifestaciones. Por eso las mujeres, aun de distintas culturas, presentan alteraciones emocionales, porque son variables estrictamente psicológicas las que generan esta condición y no sólo son determinantes las presiones sociales y culturales, como se ha explicado.

La esterilidad biológica, por sí misma, no genera cambios emocionales que lleven a manifestar sintomatología, ya que en psicología no hay variables que expliquen el fenómeno de una manera lineal, sino que dependerá de variables mediadoras que permitan enfrentar el conflicto de una manera adaptativa o desadaptativa. Cuando es desadaptativa se traduce en manifestaciones reactivas por eventos

de la vida cotidiana (segunda fuente de manifestaciones reactivas).

Cuando se analizan los diferentes estudios con mujeres estériles en México, la mayoría de las manifestaciones sintomáticas no tienen correlación con variables sociodemográficas de las muestras valoradas, ya que su grado de explicación tiene que ver con la historia de vida de la paciente y, desde luego, con la historia de cómo ha afrontado las situaciones percibidas como difíciles en diferentes eventos de la vida.

La infertilidad impactará de forma distinta a cada persona, y en esa particularidad de la respuesta, jugarán un rol importante los factores como el género, la personalidad del sujeto, su historia personal previa y también los estilos personales de afrontamiento a situaciones adversas. Las creencias presentes en el entorno cultural influirán en la respuesta emocional frente a la experiencia de la infertilidad. Finalmente, el acceso a un adecuado tratamiento también incide en la respuesta psicológica. Así que según se conceptualice el estado psicológico, se debe adecuar el tratamiento de las pacientes. En la última década se ha enfatizado que la salud y sus variaciones en grados, se ubican en un continuo, asumiendo, estadísticamente, que la mayoría de la población está dentro de una distribución normal, el mayor porcentaje en el rango central y sólo un poco en cada extremo.³¹

Las manifestaciones reactivas que se describen son, desde luego, determinadas por su manifestación temporal, donde intervienen factores subjetivos (cómo se valora el evento) y objetivos (el evento en sí mismo).

Los antecedentes en torno a la esterilidad indican que todo aquello que se intente medir en esta población es relativo, pues los datos pueden ser, incluso, contradictorios, por lo que no existe una definición de salud o enfermedad que permita reconocer los fenómenos que se presentan en la población estéril desde la perspectiva de la psicología de la salud, puntualicen el nivel de intervención cuando se presentan esterilidad y manifestaciones reactivas.³²



La propuesta

En la figura 2 se presenta una propuesta de qué puede ser la salud psicológica y qué la enfermedad. A partir de los estudios de epidemiología y salud mental se construye el esquema (Figura 2) donde se explica qué es la enfermedad y la salud. En éste puede observarse que las enfermedades mentales tienen una definición muy clara, por ejemplo, las psicosis son una entidad nosológica definida. El problema de diagnóstico se presenta cuando ocurre un traslapamiento con los trastornos de personalidad; ésta constituye una *primera frontera*, en donde las manifestaciones se pueden ubicar, ya sea en la psicosis o en los trastornos de personalidad. Las psicosis se han ubicado como una enfermedad mental de carácter biológico, donde los factores de crianza tienen muy poco que ver; al ser una situación premórbida, se puede presentar en cualquier momento de la vida. Algunas ocasiones hay un evento desencadenante, en otras no. En el caso de la psicosis el manejo médico es determinante y efectivo, por lo que la primera elección será tratamiento farmacológico.

Cuando la manifestación se presenta con un trastorno de personalidad, el debate está presente en cuanto a su manejo. Para algunos

es factible la recuperación mediante la psicoterapia; para otros, el manejo combinado con fármacos es la estrategia a seguir; sin embargo, el método de cómo se tiene que tratar este problema no está bien definido. Otras propuestas, aunque desde el punto de vista clínico son poco convincentes, suponen una fase intermedia entre la psicosis y la neurosis; para otros más, es una manifestación sutil que tiene su origen en antecedentes de orden biológico, que no llegan a ser tan incapacitantes como la psicosis, cuando ésta no es tratada en forma adecuada. Un buen número de personas con trastornos de personalidad son funcionales, aunque con conflictos severos con el entorno. Se llega a diagnosticar esta patología cuando existe un evento grave, como el intento de suicidio o el atentado contra otra persona.

Primera frontera*

En la primera frontera, al no poder reconocer el origen y el cúmulo de manifestaciones, algunos síntomas son compartidos, como ejemplo, los trastornos depresivos, sobre todo, en sus primeras manifestaciones no se ubican en un campo específico de las psicosis o los trastornos de la personalidad. Esto genera un

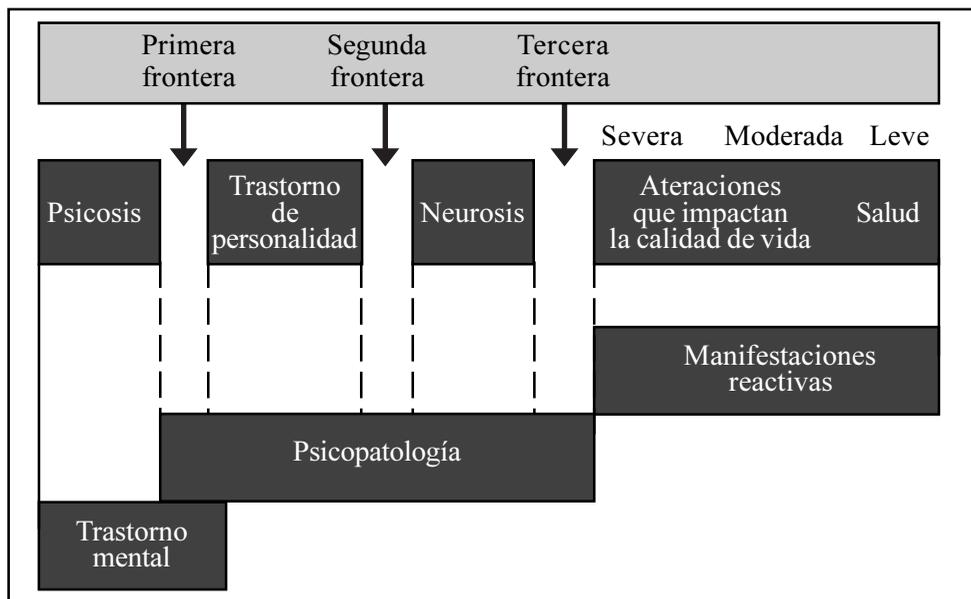


Figura 2. Salud psicológica en la mujer infértil.

* El concepto de frontera se tomó de A. Green A (2001) De locuras privadas Amorrortu Argentina 88-148.

individuo con un trastorno de difícil manejo, tanto con fármacos como con psicoterapia. Estos dos padecimientos (psicosis o trastornos de la personalidad) pueden tratarse, con una alta efectividad, mediante los psicofármacos, y en combinación con psicoterapia, en otros. El campo de las psicosis es determinante. Para su manejo la psiquiatría tiene la respuesta.

Segunda frontera

En la segunda frontera, inician los padecimientos que están agrupados en las llamadas neurosis, término que aún sigue vigente para designar todos aquellos padecimientos que, para muchas personas, resultan incapacitantes. En cuanto a la capacidad de ser individuos productivos, este tipo de psicopatología, desde luego, es cuestión de grados: tener como base un padecimiento neurótico genera mayor complicación, por ejemplo, lo que ocurre en las adicciones, conflictos de pareja, relaciones laborales y algunas fobias. Se propone actualmente que los trastornos de alimentación son las nuevas histerias descritas por Freud,³² algunas manifestaciones como depresiones menores o algunos estados de ansiedad, sin etiología clara, en general, son condiciones reactivas ante un evento.

La cercanía a esta segunda frontera incrementa la sintomatología reportada y puede constituirse en una verdadera situación incapacitante en donde se halla comprometida la salud psicológica; en la medida en que se aproxima a la tercera frontera, la expresión de la enfermedad será menos grave y, por tanto, el tratamiento desde la psicoterapia resulta más claro y efectivo.

Todas las personas tienen expresiones reactivas ante eventos de la vida cotidiana, como puede ser la esterilidad, un embarazo no deseado, el rompimiento de una relación de pareja, conflictos en las relaciones de la vida sexual y de pareja, en fin, pudieran enumerarse

todos aquellos acontecimientos que se van presentando en lo cotidiano y, en ocasiones, ante la imposibilidad de tomar decisiones, generan una respuesta emocional sin que necesariamente sea producto de una psicopatología; estas reacciones de curso temporal pueden impactar la calidad de vida de las personas.

Tercera frontera

La tercera frontera está constituida por aquellos casos donde se sobreponen algunas psicopatologías con las manifestaciones reactivas^{33*} ante los eventos de la vida cotidiana, por tanto, las manifestaciones clínicas serán explicadas, sobre todo, cuando se observa una reacción severa, en cuya base se encuentra una psicopatología de neurosis. En este caso las personas que enfrentan un problema de esterilidad, cuando se ubican dentro de la tercera frontera, pueden reaccionar mediante una depresión o un estado de ansiedad generalizado, siendo la esterilidad un evento desencadenante al ser una complicación de vida reproductiva, como lo muestran los estudios realizados en México, donde 5% de la muestra presentó estas expresiones de síntomas como una patología bien definida y perfectamente descrita por los manuales de diagnóstico de salud mental (DSM-IV).¹²

Las manifestaciones reactivas, entre más se alejan de esta tercera frontera, hacia la derecha del esquema, es decir, hacia la salud, la expresión sintomática será de moderada a leve y, por tanto, constituyen una expresión reactiva que será observada clínicamente como una alteración de la calidad de vida; sin embargo, se trata de expresiones saludables que intentan modificaciones para lograr una adecuada adaptación ante la situación que la persona está afrontando. La severidad de esta manifestación dependerá en gran medida de la historia de vida.*

* La adaptación normal puede incluir periodos significativos de tristeza y llanto, sentimientos periódicos de ira contra Dios o el poder superior percibido por la persona, periodos de retraimiento y aislamiento e, incluso, pensamientos de darse por vencido. No obstante, al igual que con el diagnóstico inicial, este sufrimiento es seguido por una adaptación gradual durante el transcurso de algunas semanas. Es importante observar que estas reacciones comunes no indican necesariamente una psicopatología (National Cancer Institute, 2006). National Cancer Institute. Adaptación normal, alteración psicosocial y trastorno de adaptación". Disponible en www.cancer.gov/español.pdq/cuidados-medicos-apoyos/adaptacion/heart-profesional, 07/2006.



Entender de esta forma la salud psicológica, nos permite ordenar de la siguiente manera estas manifestaciones reactivas en tres grandes grupos de cambios de curso normal y esperado:

• **Cambios en la conducta habitual.**

1. Llanto excesivo.
2. Labilidad afectiva.
3. Cambios en el apetito.
4. Patrones de sueño.
5. Alteraciones sexuales.
6. Culpa, vergüenza, temor a la crítica.
7. Dificultad en la toma de decisiones.

• **Sintomática.**

1. Manifestaciones de ansiedad.
2. Manifestaciones de depresión.
3. Quejas somáticas múltiples.

• **Relacionales.**

1. Pérdida inexplicable de amistades.
2. Conflictos con la familia política.
3. Dificultades conyugales.
4. Dificultades en otras áreas (trabajo, escolaridad).
5. Adherencia terapéutica deficiente.
6. Aislamiento.

Las manifestaciones clínicas que expresa la mujer con problemas de esterilidad, los cambios en la conducta habitual, las manifestaciones sintomáticas y conflictos relacionales, por su número y calidad, pueden ser:

1. Leves.
2. Moderadas.
3. Severas.

Lo que dependerá de dónde parte y cuál es su origen: desde la primera, segunda o la tercera frontera, o sólo es producto de las manifestaciones reactivas

Alrededor de 5% van a tener su origen en la segunda frontera, por lo que la sintomatología referida por las mujeres será moderada y severa. Sólo ahí se pueden ubicar los llamados trastornos

depresivos y los trastornos ansiosos que comprometen la salud mental de las mujeres con problemas de esterilidad.

Para otras, 2.5%, el origen será la primera frontera. La esterilidad será el evento desencadenante de una enfermedad mental severa que no tiene que ver con el evento reproductivo en sí mismo, pues aun logrado un embarazo, se requiere de un manejo farmacológico.

Con el objetivo de agrupar todas las respuestas reportadas por las mujeres en tratamiento se proponen las siguientes categorías. Dichas categorías se aplican cuando la reacciones no cumple los criterios de los trastornos de DSM-IV o CIE-10:^{12,13}

Categorías

- **Reactivo a la esterilidad.** La categoría se aplica cuando la paciente manifiesta modificaciones psicológicas reactivas a la esterilidad y ha pasado, al menos, un año desde el diagnóstico del padecimiento, y no se debe en apariencia a un trastorno mental o de psicopatología. La paciente manifiesta cambios en el estado de ánimo que van de reacciones depresivas y/o ansiosas y labilidad emocional, pero no son lo suficientemente graves para cubrir los criterios diagnósticos de los manuales: manifestación acusada de autoestima baja, autoconcepto bajo, sumisión o machismo como rol de género, marcada dificultad para disfrutar lo que anteriormente hacía, descontrol en la ingesta de alimentos (+ 5% del peso corporal), excesiva dependencia (pareja, familia y amigos), incremento en la necesidad de aprobación y alteraciones de la vida sexual.
- **Con alteraciones en la vida de pareja.** Éstas se presentan cuando, a partir del diagnóstico, se busca un responsable por no lograr el embarazo; esto genera un desencuentro en la convivencia de pareja, motivado exclusivamente por la falta de un hijo.
- **Problemas con la familia de origen o política.** Se presenta cuando la paciente es objeto de descalificaciones y presiones por parte de un familiar, lo que provoca en la paciente llanto

y tristeza, ya que siente que no cumple con las expectativas familiares. Las manifestaciones reactivas se presentan cuando la paciente vive con sentimientos de culpa y vergüenza por la imposibilidad de lograr el embarazo, por lo que recurre al aislamiento para no sentir las presiones sociales.

- **Con alteraciones sexuales.** La paciente manifiesta modificación en la frecuencia y calidad de la vida sexual a partir de un procedimiento médico de reproducción asistida o coito programado. En forma aguda o crónica, se manifiesta por la incapacidad disfrutar la relación sexual. Se presenta con periodos alternados, cuando rompe la rutina de los tratamientos recupera la calidad de la vida sexual. Se aplica cuando, por ejemplo, la paciente afirma que tiene relaciones sexuales únicamente con el objetivo de lograr el embarazo.

- **Con modificación en la toma de decisiones.** La categoría se aplica cuando el problema se reduce a situaciones que plantea el tratamiento, y es lo suficientemente intenso para generar malestar agudo o crónico y crear cambios en la conducta habitual; cuánto tiempo va a estar sometida a un programa de reproducción asistida, qué hacer frente al tratamiento, a la vida en pareja, abandono o permanencia en el trabajo y la vida académica.

Las reacciones se pueden ubicar en distintos grados y pueden ser:

- **Leves:** Cuando la paciente, a consecuencia de sus tratamientos, presenta modificaciones en su estilo de vida de manera difusa (por ejemplo, no disfruta algunas de sus actividades).
- **Moderadas:** Cuando la paciente, a consecuencia de sus tratamientos, inicia modificaciones en su entorno inmediato y al menos han pasado cinco años de evolución del padecimiento en dos de sus actividades principales (escuela, trabajo y familia); el resto de sus actividades permanecen sin cambio.
- **Severas:** Cuando la paciente, a partir de su diagnóstico, presenta cambios

radicales en su estilo de vida; manifiesta más de cinco síntomas: alta dependencia, aislamiento, alteraciones sexuales, culpa, autoestima baja, descontrol en la ingesta de alimentos, dificultades para dormir, dificultades en la toma de decisiones, y más de ocho años de evolución de infertilidad.

Discusión

La salud-enfermedad es un continuo. Ante eventos de la vida cotidiana, la mayoría de la población está expuesta a sufrir modificaciones o inestabilidad en su mundo psíquico, ante situaciones que escapan a su control por ser impactantes o difíciles de integrar en su repertorio de respuestas, como sucede en la esterilidad. Nadie está preparado para saber cómo se debe enfrentar un padecimiento de estas características; sin embargo, cerca de 70% de las mujeres con esterilidad no modificarán su esfera psicológica al tener variables protectoras, como estilos de afrontamiento centrados en el problema: *locus* de control interno, grado de autoestima normal y una plena identificación con su rol de género, que evitarán que se presenten manifestaciones clínicas.

Las alteraciones de la vida cotidiana pueden presentarse en la mayoría de la población sin ser patológicas, sino sólo manifestaciones reactivas. Estas reacciones pueden presentarse ante un evento que rebase la capacidad de respuestas en un hecho concreto, como es la esterilidad; sin embargo, para otros, el efecto será de un grado más intenso en áreas particulares y, por tanto, será una población sana desde el punto de vista de la psicología de la salud. No obstante, y a pesar de que son manifestaciones reactivas, es necesario hacer intervenciones puntuales dependiendo del grado, ya sea leve, moderado o severo.

Se parte de la premisa de que el deseo de maternidad es una amalgama compleja de deseos, cultura y educación. El deseo de estar embarazada y de educar a un hijo son cuestiones distintas: el embarazo refuerza en la mujer la idea de que su cuerpo está funcionando adecuadamente. El deseo de



ejercer la crianza puede explicarse por la incorporación de presiones familiares, sociales o culturales; sin embargo, lo que subjetivamente representa tener y criar un hijo, puede ser entendido como una necesidad subjetiva de las mujeres con infertilidad. El grado de incapacidad vivido por la mujer infértil determina el componente u origen de la respuesta desde la salud o la enfermedad,

No replantear los términos salud-enfermedad deja a la psicología de la salud sin posibilidad de intervención. En ocasiones, aquellas manifestaciones que se intentan catalogar, sin serlo, como trastornos son atendidas por no especialistas de la salud, con aproximaciones que no parten de la psicología. Esto lleva a pensar que el camino de la salud psicológica es terreno de todos. Las creencias presentes en el entorno cultural influirán en la respuesta emocional frente a la experiencia de la infertilidad.

Finalmente, es útil considerar que el bienestar psicológico constituye una vivencia personal que se puede manifestar mediante reportes verbales al describir sus circunstancias objetivas y subjetivas. Existen dos conceptos

que se han puesto en juego: lo mental y lo psicológico, tanto en salud como en enfermedad. Lo mental atiende al intelecto y lo psicológico a la valoración de sí mismo, que contiene al rol de género, la asertividad, la diversificación del afrontamiento, la calidad de la vida sexual y lo relacional, todo esto investido por la afectividad. Sin duda para la salud psicológica es fundamental el área relacional, es a partir de lo interrelacional que principia la diferenciación del sí mismo, fundamental para la claridad emocional, cognitiva, la integración en pareja y a los grupos sociales. Es un componente que contribuye a la salud psicológica, sirviendo en principio para diferenciar el psiquismo y enseguida para integrarse al grupo social.

Para el abordaje de la paciente estéril se parte de que al no lograr la reproducción se genera un conflicto intrapsíquico; sin embargo, no todo conflicto intrapsíquico necesariamente es una psicopatología, siempre y cuando no invada un área vital de la mujer; la productividad y la capacidad de generar y obtener placer con los recursos de su entorno inmediato.

ABSTRACT

A frequent problem of infertile women, are over diagnostic for mental disorders associated with infertility. The evidence showed that only 30% of women will develop psychological aspects changes that don't correspond to mental disorders. The changes are mainly reactivate manifestations for any event. This work is another conceptualizing proposal for woman's sterility reactions. Inside a continuous line of health and disease we proposed four segments: psychosis, personality dysfunction, neuroses and reactivate manifestations, for difference between healthy state and sickness. The manifestations are given in psychological sphere as result as reactivate manifestations, there is an impact in quality of patients' life treatment. The changes are divided in three different fields: habitual behavior, symptoms and realte area. The proposal is developing objective for no pathologyzation the woman's infertility vision.

KEY WORDS: *Psychological healthy, infertility, reactivate manifestations.*

REFERENCIAS

1. Cifre E. Estudio exploratorio del bienestar psicológico en función de la innovación tecnológica. 2000. UNIVERSITAT JAUME.
2. García-Viniegras CV, González BI. La categoría de bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cubana Med Gen Integ* 2000; 16(6): 586-92.
3. Aghanwa HS, Dare FO, Ogunniyi SO. Sociodemographic factors in mental disorders associated with infertility in Nigeria. *J Psychosom Res* 1999; 46: 117-23.
4. Guerra D, Llobera A, Veiga A, Barri PN. Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Hum Reprod* 1998; 13: 1733-6.
5. Valdez SR, Salgado SN. ESP, una escala breve para identificar malestar emocional en la práctica médica de primer nivel: características psicométricas. *Salud Ment* 2004; 27(4): 55-62.
6. Berenzon GS, Medina MI, Lara CA. Servicios de Salud Mental: veinticinco años de investigación. *Salud Ment* 2003; 26(5): 61-71.
7. Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, Benjet C, Blanco JJ, Fleitz BC, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003; 26: 1-15.
8. Lara AM. Intervención psicosocial para mujeres con depresión *Perinatol Reprod Hum* 2003; 17(4): 219-29.
9. Mori E, Nadaoka T, Marioka Y, Saito H. Anxiety of infertile women undergoing IVF-ET: relation to the grief process. *Gynecol Obstet Invest* 1997; 44: 157-62.
10. Harlow CR, Fahy UM, Talbot WM, Wardle PG, Hull MG. Stress and stress-related hormones during in-vitro fertilization treatment. *Human Reprod* 1996; 11: 274-9.
11. Beutel M, Kupfer J, Kirchmeyer P, Kehde S, Kohn FM, Schroeder-Printzen I, et al. Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Androl* 1999; 31: 27-35.
12. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-R. 4a. Ed. Barcelona, España: Masson; 1995.
13. Organización Mundial de la Salud. CIE 10 trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR; 1992.
14. Oddens BJ, Den Tonkelaar I, Nieuwenhuys H. Psychological experiences in women facing fertility problems: a comparative survey. *Hum Reprod* 1999; 14: 255-61.
15. Arranz LL, Blum GB, Morales CF. El deseo de la maternidad en pacientes sujetas a tratamiento de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatología y Reproducción Humana* 2001; 15(2): 133-8.
16. Carreño MJ, Morales CF, Aldana CE, Flores MA. Depresión y ansiedad en distintos periodos de evolución de la esterilidad. *Perinatol Reprod Hum* 2000; 14: 14-20.
17. Sanders KA, Bruce NW. Psychological stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Hum Reprod* 1999; 14: 1656-62.
18. Glover L, Gannon K, Sherr L, Abel PD. Differences between doctor and patient estimates of outcome in male sub-fertility clinic attainers. *Br J Clin Psychol* 1996; 35: 531-42.
19. Carreño MJ. Rol de Género, asertividad y autoestima en mujeres estériles con distintos niveles de depresión y ansiedad. Tesis de Maestría Universidad Nacional Autónoma de México. México: Facultad de Psicología; 2003.
20. Ballester R. Conducta de enfermedad. La búsqueda de una de identidad. *Bol Psicol* 2003; 38.
21. Miranda C, Larrazabal F, Laban P. Family counseling in infertility couples. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1996; 60: 75-8.
22. Lukse MP, Vacc NA. Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 245-51.



23. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. Development of the fertility adjustment scale. *Fertil Steril* 1999; 72: 623-8.
24. Lu Y, Yang L, Lu G. Mental status and personality of infertile women. *Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chic*, 1995; 30: 34-7.
25. Glover L, Hunter M, Richards JM, Katz M, Abel PD. Development of the fertility adjustment scale. *Fertil Steril* 1999; 72: 623-8.
26. Spielberg A, Martínez U, González R, Natalicio L, Díaz G. *Inventario Ansiedad Rasgo-Estado*. México, D.F.: Manual Moderno; 1980.
27. Castañeda JH, Bustos LH. La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. *Perinatol Reprod Hum* 2003; 15: 124-31.
28. Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A. Does psychological stress effect the outcome of in vitro fertilization? *Hum Reprod* 2005; 20: 10: 2969-75.
29. Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan E, Mullan JT. The sociological study of stress *J Health Soc Behavior* 1992; 30: 241-56.
30. Carreño MJ. Programa de atención a la paciente estéril. *Rev Psicología Iberoamericana DF* 1994; 2: 63-70.
31. Warr P. *Work. Unemployment and Mental Health*. Oxford: Clarendon Press; 1987.
32. Morales CF, Franco DE, Espíndola HG, Henales AC, Meza RP, Mota GC, Pimentel N. Concepto de Salud Psicológica. En: *Temas selectos en orientación psicológica creando alternativas*. Manual Moderno; 2004, p. 49-61.