

El proceso de evaluación psicológica en infertilidad

<https://canal.uned.es/mmobj/index/id/35915>

PRESENTADORA. Tanto el proceso de diagnóstico de la infertilidad como su tratamiento médico, representan muchas veces una experiencia difícil en la vida de las personas y de las parejas. No en todos los casos pero sí es frecuente que aparezcan ciertos síntomas de ansiedad, de depresión, ciertas alteraciones o desajustes emocionales.

La profesora de Evaluación Psicológica, en la facultad de Psicología de la UNED, Carmen Moreno Rosset, nos propone hoy acercarnos a la evaluación psicológica de las personas que se enfrentan a problemas de infertilidad, un campo en el que tiene una gran experiencia profesional. Es autora, junto con otras dos especialistas, Rosario Antequera y Cristina Jerano, del cuestionario DERA, que evalúa el desajuste emocional y los recursos adaptativos a la infertilidad y que ha obtenido el premio TEA Ediciones. De todo ello vamos a tratar en Psicología Hoy. Les dejamos con la profesora Carmen Moreno.

CARMEN MORENO ROSSET. Buenos días. Para hablar sobre el proceso de evaluación psicológica, es decir, para hablar de la sistemática que utiliza el psicólogo para en los casos de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, tenemos a tres doctoras y amigas en este programa. En primer lugar, quiero presentar a la doctora Rosario Antequera, que es profesora de intervención psicológica en Medicina, en la Universidad de Sevilla. También tenemos a la doctora Cristina Jenaro, que imparte las asignaturas de Psicología de la Salud y Evaluación en Psicología Clínica, de la universidad de Salamanca. También tenemos el placer de contar con la doctora Noelia Flores, que imparte Terapia Familiar y de Pareja, en la Universidad de Salamanca.

Como decíamos a nuestros radioyentes, y alumnos, vamos a tratar de explicar cuál sería el proceso que utiliza un psicólogo clínico para ir conociendo la problemática y qué pasos son los necesarios para que sea un proceso científico y de calidad profesional. El primer paso sería poder analizar el motivo de la demanda de la pareja que nos viene con un problema de infertilidad y está en un momento difícil y en ese primer momento hemos de establecer los objetivos del diagnóstico y del tratamiento. Noe, ¿en ese primer momento, cuáles serían las cosas más importantes que el psicólogo debe realizar en esta fase?

NOELIA FLORES. En una primera entrevista el objetivo sería identificar el problema o motivo de demanda que presenta la pareja. Para eso es muy importante que nos pongamos ya en el rol profesional del psicólogo e intentar mantener unas buenas actitudes con la pareja porque vienen a

hablar de un tema que es delicado para ellos y como los recibamos nosotros en ese primer momento es fundamental. El psicólogo debe tener una actitud cálida y empática a lo largo de toda la entrevista para que favorezca la comunicación a la pareja. Debe intentar mantener el contacto ocular y tener una escucha activa, siempre desde el punto de vista de ponerse en el lugar de esa pareja. Una vez creado ese clima, que se debe mantener a lo largo del proceso, se trataría de recabar información sobre el motivo de demanda. Por ejemplo, preguntar a la pareja que describa brevemente cuál es su motivo de consulta o si ya lo sabemos nosotros de antemano, porque se le ha recogido información a través de teléfono o lo que sea, que nos expliquen, detalladamente, por qué problema solicitan consulta. Además, le podemos preguntar también con qué frecuencia ha aparecido este problema, cuánto ha comenzado a ser un problema realmente para ellos, pueden describir detalladamente, pero de manera operativa, en qué consiste y también debemos indagar sobre factores personales, historial de la pareja, desde cuando han tenido problemas de infertilidad, qué medidas han tomado o cuánto tiempo llevan intentando quedarse embarazados y no lo consiguen, qué repercusiones tiene esto en su vida, en su historia de pareja, en su familia extensa, qué piensan los demás, qué apoyo reciben. Preguntas relacionadas a recabar toda la información posible sobre su problema. También para finalizar también le podemos preguntar qué expectativas esperan ellos de esta entrevista o de la intervención.

CARMEN MORENO ROSSET. Está claro que la entrevista técnica que a lo largo de todo el proceso se va a repetir y vamos a utilizar mayoritariamente pero también es importante utilizar, en esta primera fase, instrumentos de amplio espectro, como pueden ser registros de observación, listados de conductas. En este sentido, ¿nos podrías comentar Charo Antequera si sería adecuado emplear el cuestionario DERA y nos explicas, de paso, en qué consiste?

CHARO ANTEQUERA. El cuestionario DERA ha sido creado para ser utilizado en una fase inicial, como en la que nos encontramos a partir del establecimiento del primer contacto. ¿Por qué en una fase inicial? Porque en realidad está hecho como un instrumento de cribaje, para detectar posibles alteraciones emocionales. Hay que tener en cuenta que las parejas con problemas de infertilidad pueden tener alteraciones emocionales, que no tienen que indicar, necesariamente, una entidad clínica. El DERA tiene otra ventaja y es que, no solo valora las alteraciones emocionales sino también los recursos de que dispone la pareja para poder hacer frente a esas propias alteraciones emocionales e incluso a su problema. Es un instrumento muy rápido, con un número de ítems muy breve y eso te permite tener una idea aproximada de cuáles son los déficit y los recursos de las parejas. En función de esa información, uno puede decidir indagar más intensamente en algún aspecto que en el DERA ha salido más destacado.

CARMEN MORENO ROSSET. Entraríamos ya en una segunda fase, a partir de la entrevista que nos ha contado Noe, y de la aplicación del DERA, que sería para este cribaje inicial. Entraríamos en una segunda fase de formular hipótesis sobre el caso y en esa fase Cris, ¿dependiendo de qué puntuaciones podríamos aplicar unas hipótesis u otras? Por ejemplo, en el caso del DERA, si una pareja nos saliera con puntuaciones en desajuste emocional elevado y con pocos recursos para afrontar el tema de la infertilidad, y en la entrevista hubieran planteado que el sufrimiento emocional es ya de hace tiempo, ¿qué hipótesis podríamos hacer sobre ese caso? Y, el tercer paso, que otros instrumentos aplicaríamos para comprobar esas hipótesis?

CRISTINA JENARO. A lo largo de la primera y segunda fase lo que hemos hecho ha sido recabar información, con instrumentos de amplio espectro, que nos han permitido hacernos con una teoría sobre el caso sobre variables que en el momento presente o en el pasado y, tanto internas como externas, contribuyen a explicar cómo se encuentra esa pareja en términos emocionales y de percepción de recursos. Con el DERA, como comentaba Charo, hemos visto los potenciales desajustes emocionales así como los recursos, tanto personales como interpersonales que tengan uno y otro. En este momento nos podemos plantear una serie de hipótesis, de tipo descriptivas, para determinar en qué medida o cantidad de producen determinadas conductas. Estamos también en un momento en que podemos empezar a realizar hipótesis clasificatorias, y podemos plantearnos, bueno a la vista de los resultados obtenidos y teniendo en cuenta que esta pareja, ya sea por separado o individualmente, tienen elevadas puntuaciones en desajuste emocional, quizás sea posible decir que estas personas puedan tener un problema de ansiedad o de depresión. Si hemos obtenido puntuaciones bajas en los apartados de recursos, podemos decir, quizás esta pareja pueda tener un déficit en habilidades de afrontamiento o bajo apoyo social o redes interpersonales. Es en este momento cuando necesitamos acudir a instrumentos que sean más concretos y que tengan mayor poder diagnóstico para poder determinar en qué medida estas hipótesis son corroboradas o, por el contrario, se van refutadas. Podríamos utilizar entonces un segundo nivel de instrumentos específicos para la evaluación de la ansiedad, como el STAI, el Beck Anxiety Inventory (BAI)... Podemos utilizar instrumentos más generales de evaluación de la personalidad, tipo MMPI o MCMI, que nos permiten ver cómo se encuentra la persona en estas variables de tipo ansiedad o neuroticismo, si lo miramos desde un modelo más médico. Para poder contrastar hipótesis del tipo esta persona puede tener una depresión, podríamos utilizar el Beck Depresión Inventory, la escala de Carroll o la escala de Hamilton también para la evaluación de la depresión. Y podríamos utilizar instrumentos que nos permiten analizar las habilidades de afrontamiento como, por ejemplo, el COPE, Cuestionario de Afrontamiento, o el WEISS, en la versión en castellano de Lázarus. Con todos estos

instrumentos podemos ver si nuestras potenciales hipótesis clasificatorias se ven confirmadas o no.

CARMEN MORENO ROSSET. A partir de este momento entramos en una cuarta fase para integrar o interpretar todos los datos que salgan de estos instrumentos. No todos tienen que ser seleccionados. Tú has dado un amplio abanico de ellos, pero que el psicólogo, también en función del modelo que establezca, y de su formación personal, elegirá unos u otros y también en función de la primera evaluación que ha hecho en la primera entrevista. En esa integración de resultados entramos en esa fase de poder establecer un diagnóstico y, en el caso de la infertilidad, es importantes establecer un diagnóstico por separado, de la pareja, ¿cómo lo haríamos, Charo?

CHARO ANTEQUERA. Yo creo que primero hay que hacer un diagnóstico individual. Fundamentalmente, porque desde el punto de vista clínico alguno de los dos puede tener algún tipo de trastorno y ese trastorno requiere, acompañado de un tratamiento en pareja, un abordaje individual del sujeto. El diagnóstico debe ser individualizado y luego, el tratamiento como pareja. El problema de la infertilidad es un problema que atañe a los dos. Tú bien sabes en la experiencia sobre el tema, que en ocasiones es más un abordaje de pareja para ayudar a los dos a compensar esos recursos y a tratar juntos el problema para hablarlo y afrontarlo que el tratamiento clínico. Pero sí es verdad que hay que hacer un cribaje clínico para detectar cualquier tipo de patología que puede incidir también en el funcionamiento de la pareja. Lo idóneo es hacer tanto una cosa como otra para ir proponiendo cuáles van a ser las pautas del tratamiento.

CARMEN MORENO ROSSET. En esa cuarta fase, en la que hacemos esa integración y diagnóstico de la pareja, y de ver cada cual y en su conjunto, las partes fuertes y débiles, esta información hemos de plasmarla a través de un informe verbal que encontramos en la entrevista. Sería ahora una entrevista de devolución de resultados que nos podrías comentar y que tiene diferencias con la primera.

NOELIA FLORES. Sí, tiene diferencias con la primera pero algunas similitudes respecto a las actitudes y, sobre todo, a la calidez que le puede transmitir el psicólogo a esta pareja. Hacer una entrevista de devolución no es, a veces, una tarea muy agradable para los que van a recibir esa información, por tanto, hay que facilitarles teniendo una actitud que les haga sentir, de alguna manera, cómoda a la pareja cuando les transmitamos esta información. Habría que transmitirles todo lo que hemos recabado en las primeras fases así como los resultados de los instrumentos de evaluación. Esa interpretación de los resultados habría que trasladarla a la pareja para poder determinar futuras pautas para un posible tratamiento, en el caso de que el objetivo de la intervención de la entrevista fuera que quisieran recibir tratamiento de pareja para algún aspecto que haya sido un

punto débil. Por ejemplo, para solucionar problemas o para técnicas de afrontamiento, técnicas de reducción de la ansiedad...

CARMEN MORENO ROSSET. En ese momento, si solo nos hubieran pedido un diagnóstico, la fase del proceso de evaluación terminaría aquí, les daríamos el informe de cómo están y cuáles son las orientaciones pero terminaríamos. Pero si el objetivo es que quieren solventar el problema, les propondríamos la intervención psicológica adecuada al caso. Y, a partir de ese momento, entramos en nuevas fases de formular hipótesis para poder intervenir. Si nos lo quisieras explicar, Charo, tú que has estado trabajando en el hospital Virgen de la Macarena con parejas infértiles, ¿cómo sería el siguiente paso?

CHARO ANTEQUERA. El siguiente paso es de combinación de los intereses de la terapia con los objetivos que los propios pacientes marcan. Sobre todo cuando estamos hablando no solo de un abordaje individual sino de la pareja, no es un objetivo único el tratamiento. Los tratamientos, en general, tienen distintos objetivos porque hay distintas áreas. Las propias parejas detectan cómo necesitarlas. En ocasiones, cuando llega la pareja, no empiezas a tratar el tema del niño hasta el tercer o cuarto objetivo. Vienen por un problema de infertilidad pero cuando llegan a la consulta salen otros muchos problemas que ellos mismos entienden que van antes que el del niño. Se llega a una especie de acuerdo porque ellos tienen intereses en hablar primero de estas áreas, en función de eso y de la gravedad, si es que la hubiera, de la sintomatología, se establece un acuerdo de cuáles van a ser los objetivos y el orden en que se van a ir abordando esos objetivos. Una vez que has establecido el plan de actuación no es exactamente como se establece al principio, los objetivos no van cada uno por separado sino que se interrelacionan. Eso hace que una vaya abordando el tratamiento del objetivo 1 y luego el 2 y luego haya que volver otra vez al 1. En función de eso tú vas ofreciendo también a la pareja, que ella misma va elaborando la complejidad y la interrelación de los distintos problemas en las distintas áreas en las que ellos tienen más déficit, les vas ofreciendo ese modelo explicativo. En ocasiones lo que haces es recoger las propias cosas que ellos te van comentando y se las devuelves convertidas en objetivos y en variables específicas que hacen que luego tú misma les das las pautas de tratamiento y ellos, posteriormente, ven cómo se van alcanzando los objetivos propuestos.

CARMEN MORENO ROSSET. En ese sentido también el psicólogo tiene que ir comprobando el tratamiento. Hay una fase en la que se vuelven a aplicar los instrumentos de evaluación iniciales para ver si hay cambios respecto a la primera evaluación. ¿Cómo sería esa segunda evaluación para valorar el tratamiento?

CRISTINA JENARO. Como veníamos comentando, lo que tenemos en mente es un grupo de variables dependientes, conductas problema o

situaciones problema, y un grupo de variables independientes. Es decir, aquellas otras variables que sabemos que si modificamos vamos a ser capaces de producir cambios en la conducta problema, variable dependiente. Como comentábamos entonces, tenemos una variable dependiente, que puede ser ansiedad, y hemos pensado que eso puede deberse, por ejemplo, a una falta de habilidades para relajarse. Podemos tener otra variable que es depresión, y podemos pensar que ello se debe a una serie de distorsiones cognitivas o ideas irracionales. Esas variables las hemos pasado a enunciados verificables diciendo: estas personas van a puntuar de un modo elevado en tales instrumentos, o van a puntuar elevado en un autoregistro de activación psicofisiológica y van a puntuar alto...

CARMEN MORENO ROSSET. Esas son las hipótesis funcionales que sabíamos.

CRISTINA JENARO. Así que nosotros tenemos un grupo de variables que hemos evaluado en una fase pre-test, por ejemplo, distorsiones cognitivas. Hemos utilizado el inventario de Creencias Distorsionadas, tenemos por ejemplo un autoregistro de tensión psicofisiológica y hemos visto que puntúa muy alto en numerosas situaciones que generan ansiedad. Y tenemos, además, valorada la variable dependiente, o problema principal, que puede ser depresión o ansiedad. Todo eso se ha de seguir evaluando a lo largo del proceso, no solo en el postest, en el que tendremos que evaluar cambios en las variables independientes: tensión, distorsiones cognitivas, sino también cambios en las variables dependientes: depresión, ansiedad porque, a lo largo del tratamiento lo que habremos ido haciendo habrá sido ir tomando medidas que nos van a ir permitiendo ver los progresos que se están produciendo en las variables objeto de interés. De tal modo que podemos aplicar cada 15 días, o cuando nos veamos en las sesiones, un autoregistro en el que midamos también los pensamientos, la activación, lo que nos interese, utilizando preferentemente medidas sumativas que son más sensibles al cambio. No es esperable que en 15 días encontremos cambios en un MMPI, por poner un ejemplo.

Lo que tenemos que hacer, entonces, es medir en esa fase de postratamiento, los cambios en todas esas variables, porque si nuestra teoría es que unas variables dependientes son producidas por un conjunto de variables, tanto internas como externas, y si sobre esas hemos actuado, es de esperar que en la medida postest hayan cambiado, no sólo las que han sido objeto de intervención, como son las independientes, sino también la conducta problema principal: depresión, ansiedad, percepción de ausencia de recursos.

CARMEN MORENO ROSSET. En este momento de valoración del tratamiento, en función de los resultados que vayamos obteniendo, también vamos informando constantemente, a través de la entrevista, de los

resultados y orientamos también el seguimiento del caso. Estos momentos de seguimiento y de los resultados de tratamiento, ¿difieren en cuanto a la relación terapeuta-paciente?, ¿o van siendo parecidas a las entrevistas que hemos realizado a lo largo de todo el proceso?

NOELIA FLORES. A lo largo del proceso, del tiempo que ha durado todas las entrevistas, toda la intervención, hemos establecido una relación con la pareja, digamos que ese clima de confianza y distensión ya está presente. Por lo tanto, la pareja tiene mayor confianza con el psicólogo porque la ha adquirido a lo largo de todo el proceso, a través de toda la intervención, y en este caso, comunicar los resultados se haría de una manera más distendida. Los propios miembros de la pareja han sido testigos y partícipes de sus cambios y son protagonistas del cambio fundamental. Ellos son los que tienen las riendas y el psicólogo lo que hace es recolocarles la información cuando esa información se ha descolocado. Si los objetivos iniciales se han conseguido, podemos trabajar sobre objetivos específicos que quedarían pendientes. Sería un trabajo más flexible.

CARMEN MORENO ROSSET. Muy bien, hemos describiendo toda la sistemática, todo el proceso que el psicólogo debe realizar frente a un problema que nos puede ser, en este caso, de la infertilidad. Y, para ir terminando, muy brevemente, cada una de las doctoras que tenemos aquí en la radio, si quieren añadir alguna cosa más, sobre todo yo diría en relación a la actuación del psicólogo, en las unidades de reproducción, en cuanto a la psicología de la salud porque esa es una nueva área que hemos empezado a trabajar, desde hace 7 años en varios hospitales, en Alcalá de Henares en el Hospital Príncipe de Asturias, en Sevilla en Virgen de la Macarena. Para finalizar me gustaría una conclusión de lo que ellas piensen para ayudar a estas parejas que sufren un proceso emocional con este deseo de tener hijos y con las dificultades para tenerlos y también de las alteraciones que sufren con los tratamientos de reproducción asistida.

ROSARIO ANTEQUERA. Yo diría que la intervención psicológica en la reproducción asistida no es sólo un deseo y una necesidad de los propios profesionales y de las parejas sino que, como sabéis, en la ley también se recoge. Que las parejas deben estar en perfecto estado de salud psicofísica, por lo tanto la intervención del psicólogo está evidenciada y patentizada por la propia formulación de la ley.

CRISTINA JENARO. Yo solo aludir a un aspecto que no hemos tocado mucho, pero que también es importante tener en cuenta, y es que no todas las parejas que se enfrentan a un proceso de infertilidad o reproducción asistida tiene, necesariamente, que tener unas consecuencias emocionales negativas, sino que también hay parejas que son capaces de afrontar esta situación sin experimentar unos correlatos emocionales como los que hemos venido mencionando. Para eso es importante centrarse, no sólo en el análisis de los déficits, sino en el análisis de las potencialidades o de los

puntos fuertes de la pareja. Y, en ese sentido, cobran mucha importancia las redes de apoyo interpersonales. También tiene mucha importancia todo lo que sería la psicología positiva: capacidades y variables que previenen que personas enfrentadas a situaciones estresantes o situaciones crónicas de problemas de salud caigan en estados emocionales negativos, como depresión, ansiedad, etc.

NOELIA FLORES. Mi aportación sería que no olvidemos que son parejas con muchos recursos. También me gustaría decir que desde algún punto de vista tenemos que tener en cuenta que ya el dar el paso y solicitar consulta psicológica por estos problemas nos da un punto de partida sobre los recursos de que disponen. No todo el mundo llega a dar el paso por lo cual es importante fomentar siempre los recursos en la pareja porque tienen muchas cosas positivas. La infertilidad es un aspecto importante pero es un aspecto más de la vida de pareja, que es tan amplia, tan rica...

CARMEN MORENO ROSSET. Muy bien. Muchísimas gracias a las doctoras Cristina Jenaro, Charo Antequera y Noelia Flores, que han venido desde Salamanca y Sevilla para compartir este espacio con nosotros.

Buenos días a todos.