

L'impacte de la infertilitat en la parella i en el futur fill

Pere Parés i Baulenas

Hospital de Sant Pau Barcelona

Resum

L'evolució de les nostres societats ha comportat l'aparició de nous models de família, socials i econòmics, canviant estils de vida, hàbits i costums. Una de les fites més evidents és la plena incorporació de la dona a la vida laboral i social. Aquests i d'altres factors han propiciat l'endarreriment en l'edat de concepció, un dels motius de l'increment de la demanda de recursos sanitaris destinats a la infertilitat. Simultàniament, la medicina de la reproducció ha fet avenços importants en les últimes dècades, donant confiança i tranquil·litat a les mateixes parelles, per tal d'aconseguir la maternitat o paternitat quan elles desitgin. Però el sentiment d'infertilitat causa un estrès emocional que s'agreuja més en el procés de diagnòstic de l'esterilitat i durant els tractaments per superarla. La infertilitat equival a crisi i les tècniques de reproducció assistida equivalen a esperança, però totes dues cal saber-les gestionar adequadament. Són situacions que consumeixen intensos recursos de la parella, exposant a potencials situacions de risc psicosocial, tant els membres que la formen com el futur fill. Per això es fa imprescindible el correcte acompanyament d'aquestes parelles, donant suport a l'establiment de mecanismes d'afrontament actiu per tal de disminuir l'estrès i allunyar les situacions de conflicte, tot millorant, segurament, els resultats.

Paraules clau: infertilitat, reproducció assistida, estrès emocional.

Autor/a de correspondència:

Pere Parés Baulenas

Programa de Reproducció Assistida

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Fundació Puigvert

C/Sant Antoni Maria Claret, 167

08025 Barcelona

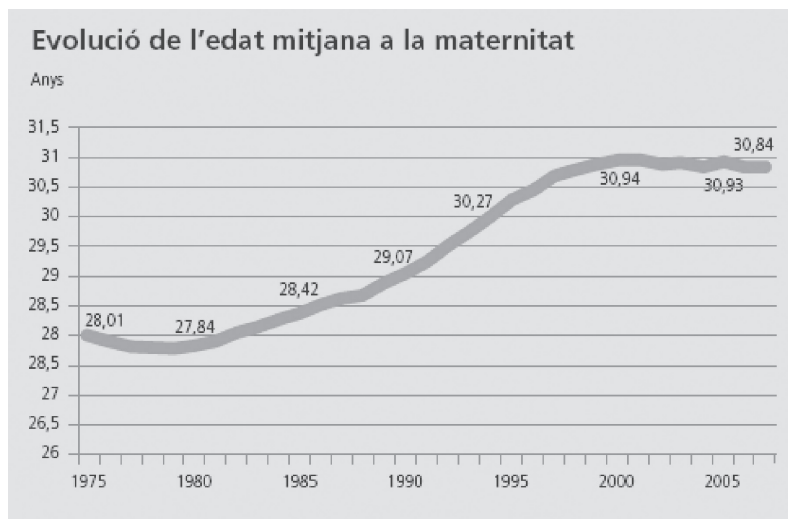
pparesb@santpau.cat

La medicina de la reproducció és, en els nostres dies, una de les subespecialitats que estan més de moda i que tenen més demanda en el camp de la ginecologia. No tan sols perquè en aquest terreny de la medicina s'han aconseguit fites històriques en relativament poc temps –recordem que l'anomenada «primera nena proveta» va néixer de les mans d'Steptoe i Edwards el 1978 –, sinó també perquè hi ha hagut una gran popularització i una gran generalització en la nostra societat.

Quan parlem de les tècniques de reproducció assistida (TRA), generalment ens referim a la Fecundació In Vitro (FIV), però no podem oblidar totes les altres variants de la mateixa FIV i d'altres TRA menys invasives, com poden ser les inseminacions artificials o les simples tècniques d'inducció de l'ovulació associant-hi coïts dirigits. Són aquestes TRA i l'extraordinària demanda social que tenen les que han fet de la medicina de la reproducció una de les especialitats amb més consum.

Però, si l'oferta de TRA ha crescut i ha avançat tant, podem pensar que en part és degut a una demanda social creixent davant d'un problema que, segons diuen els epidemiòlegs, afecta cada vegada més parelles: l'esterilitat o infertilitat.

En els països industrialitzats s'admet que unes 1.200 noves parelles per cada milió d'habitants i any tenen problemes de fertilitat (Thonneau, Marchand i Tallec, 1991). Les taxes d'esterilitat són variables i diferents



estudis epidemiològics les situen entre el 14 i el 16% (Lorimer, 1954; Leridon, 1981). Tanmateix no hauríem de parlar d'esterilitat absoluta, sinó de diferents graus de subfertilitat, que tindran major o menor transcendència en funció del temps d'evolució i de l'edat de la dona.

Els canvis ocorreguts en la nostra societat en els darrers trenta anys han creat nous models socials; el més important de tots la incorporació plena de la dona en la vida laboral. Canvis en els estudis, en el model de treball, les dificultats en l'accés a l'habitatge, canvis en els models socials que ens han impulsat a afavorir aspectes econòmics, d'estabilitat laboral i de residència, com també a satisfer necessitats de formació i de lleure, viatges, etc., han fet que cada vegada hi hagi més parelles que es plantejgin la possibilitat de tenir fills en edats més avançades (figura 1).

Simultàniament a aquests aspectes, s'han oficialitzat nous models de parella i de família (famílies monoparentals, famílies amb progenitors homosexuals, canvis de parelles i formació de noves parelles amb edats discordants, etc.) que poden justificar també el fet constatat que cada vegada més la dona accedeix al seu primer embaràs en edats més avançades.

L'edat de la dona és determinant per a la probabilitat d'aconseguir un embaràs, ja sigui per mitjans naturals o bé per TRA. Si considerem el pic de màxima fertilitat els 22 anys, aquesta ha disminuït un 20 %, però a 35 anys aquesta disminució ja és del 40 %, amb una inflexió més acusada a partir dels 37-38 anys. Evidentment aquesta no és l'única causa d'infertilitat, però sí que és una de les que tenen més pes en el global dels factors pronòstics o predictius de gestació (figura 2).

Acabant amb els aspectes més epidemiològics, serveixin les dades que es poden veure en la taula 1 per a avalar els comentaris fets anteriorment sobre la gran demanda de TRA i, per tant, l'impacte que la infertilitat o esterilitat té sobre la nostra població.

	1975	1995	2006	2007
Catalunya	2,2 %	12,8 %	30,4 %	32,4 %
Espanya	2 %		28,3 %	
Suècia			55,5 %	
França			50,5 %	
Itàlia			18,8 %	
Grècia			5,6 %	

Taula 1: Evolució del nombre de cicles de FIV, segons diferents registres

Podem observar com ha augmentat el nombre total de procediments de fecundació 'in vitro', en tots els registres mostrats, tenint present que només el FIV-CAT, registre català de FIV, és de compliment obligatori i, per tant, els nombres poden ajustar-se a la realitat. Els altres registres són de societats científiques que animen els seus associats a proporcionar les dades dels seus centres, però en cap cas no s'han de considerar oficials ni pensar que engloben la totalitat dels cicles practicats; tanmateix, però, donen una visió general de l'evolució amb el pas dels anys.

L'impacte de l'estil de vida sobre la reproducció de la població en general i sobre les parelles en curs de tractaments per infertilitat, és analitzat en un article de revisió per Homan, Davies i Norman (2007). L'estrès psicològic pot reduir el rendiment reproductiu femení, implicant-hi els sistemes nerviosos autònom, endocrí i immune. Així mateix, l'esterilitat i els tractaments de TRA van associats amb l'estrès. Això fa difícil determinar si és causa o conseqüència. Diversos articles fan referència al fet que a les dones en curs de TRA, si se'ls ofereix suport psicològic, els seus resultats milloren. En definitiva, tots els autors coincideixen a confirmar que el fet de sentir-se infèril crea un estat d'estrès emocional que probablement pot anar augmentant al llarg de tot el procés diagnòstic (Hjollund et al., 1999; Hammarberg, Astbury i Baker, 2001; Domar, 2004; Olivius, Friden, Borg i Bergh, 2004).

Les parelles considerades infèrtils hauran de seguir un procés de proves encaminades a descobrir quina pot ser la causa de la seva infertilitat (Matorras i Hernandez, 2007). Això comportarà, seguint les guies de diagnòstic i tractament de les societats científiques, haver d'estudiar el factor ovulatori, el cervical, el factor uterí i tubari i el factor peritoneal, sense deixar de banda l'estudi del factor masculí. Cada un d'aquests apartats pot comportar a la vegada la realització de diferents proves, com ara proves analítiques sanguínies, ecografies, histerosalpingografies, i fins i tot d'altres de més invasives, com laparoscòpies, histeroscòpies i biòpsies endometrials. Però també proves que impliquen una intervenció directa sobre la vida sexual de la parella, com els anomenats tests postcoitals. Totes elles, i especialment aquestes darreres, poden incrementar el grau d'ansietat i estrès de la parella i especialment de la dona, com a principal protagonista d'aquesta recerca intensa per trobar un diagnòstic que justifiqui la infertilitat.

Actualment s'accepta que aproximadament el 40 % de les parelles que van a la consulta per qüestions d'infertilitat tindrien com a causa un factor masculí. El factor femení representaria al voltant d'un 30 %, i un 20 % dels casos compartirien ambdós factors (és el que anomenem

esterilitats o infertilitats mixtes); hi hauria, doncs, un 10 % dels casos que no tindriem prou dades per a atribuir-hi una causa específica i, per tant, parlariem d'esterilitats d'origen desconegut.

Una revisió crítica de la literatura sobre estrès psicològic i infertilitat, feta per Greil (1997), assenyala, entre altres, que l'esterilitat és més estressant per a la dona que per a l'home, però també que la majoria d'estudis troben que la relació entre gènere i angoixa provocada per l'esterilitat, no té relació amb quin dels cònjuges pateix el problema. D'altra banda, tant per a uns com per als altres, infertilitat és igual a crisi, ja que es produeixen sentiments de pèrdua profunda en molts aspectes: salut, sexualitat, prestigi, estudi, autoestima, seguretat en la relació de confiança en si mateixos, etc. (Baor i Blickstein, 2005).

En un estudi de cohorts amb 816 homes i dones estèrils que no havien aconseguit la gestació després de 12 mesos del primer tractament de fertilitat, s'analitzaven les estratègies d'afrontament i de comunicació, com a predictors del grau d'estrès. Els autors trobaven que les dificultats de comunicació de parella eren predictives del nivell d'estrès; les estratègies d'evitació activa, en les dones, també eren altament predictives d'estrès; en els homes, les activitats d'afrontament actiu van predir un baix nivell d'estrès en el terreny conjugal, i en les dones, l'ús intens d'activitats d'afrontament actiu predeien un baix grau d'estrès tant en el terreny personal com en el conjugal (Schmidt, Holstein, Christensen i Boivin, 2005). En el mateix sentit, Peterson, Pirritano, Christensen i Schmidt (2008); i Paterson et al. (2009) conclouen en els seus articles, que l'elaboració activa d'estratègies d'afrontament per part dels dos membres de la parella juga un paper clau en la capacitat dels cònjuges per a fer front a l'experiència de la fertilitat i a la disminució del risc de patir angoixa per part de les dones i reducció de conflictes en la parella; en sentit contrari, les estratègies d'evitació activa i passiva es relacionen significativament amb un increment personal, conjugal i social d'angoixa.

D'altra banda, les tècniques de reproducció assistida són vistes com una esperança, però aquestes produeixen un consum intencional de recursos de la parella, i poden fer aparèixer riscos potencials d'efectes psicosocials negatius per a la pròpia mare, per al fill i també per a la pròpia parella (Baor i Blickstein, 2005).

Hi ha diferents estudis que analitzen les relacions de parella durant i després dels cicles de TRA i, concretament, de FIV. Holter, Anderheim, Bergh i Möller (2006) estudien l'impacte a curt termini en el benestar

personal i en les relacions de parella en el primer cicle de tractament de FIV, i observa que les reaccions emocionals d'homes i dones depenen de si hi ha o no gestació; les dones presenten respostes emocionals més intenses respecte a l'esterilitat, però els homes les igualen si el cicle de FIV fracassa. La majoria de parelles informaven d'una millora en la relació conjugal durant el tractament.

Un altre estudi, prospectiu i de seguiment sobre la relació intraparella després d'un fracàs de FIV, Sydsjo, Ekholm, Wadsby, Kjellberg i Sydsjo (2005), conclouen que l'estrès associat al tractament de FIV no va tenir efectes negatius en les relacions de parella durant el tractament ni després. Posteriorment al tractament, les parelles s'havien reorientat cap a altres solucions.

Un treball de McMahon, Gibson, Allen i Saunders (2007) valoren l'adaptació psicològica durant l'embaràs en parelles grans que l'han concebut a través de TRA, comparant dones de més de 38 anys amb dones de menys de 35 anys. L'autora conclou que hi troba més semblances que diferències, però en les parelles més grans, per les quals el temps per concebre ha estat més llarg i també hi ha més casos d'utilització de gametes donades, detecta puntuacions més altes en violència psicològica i menys identificació amb la maternitat. També en els homes més grans refereix una disminució en la satisfacció respecte a la seva vida sexual, de relació de parella i, fins i tot, de vida social durant l'embaràs.

Els tractaments de què disposem actualment per a fer front a la infertilitat són múltiples i variats. En funció de la indicació de cada cas, caldrà escollir el més específic per a vèncer la situació diagnosticada: des dels consells generals sobre com reduir l'estrès i les situacions d'angoixa, passant per la revisió i orientació en les relacions sexuals d'algunes parelles, fins a petits fàrmacs per a regular o millorar alguns aspectes de la fisiologia del sistema genital masculí o femení. De vegades caldrà recórrer a la cirurgia i molt sovint, com passa actualment, a l'estimulació de l'ovulació i les tècniques de reproducció assistida. De totes elles, la FIV és, sens cap dubte, la més utilitzada, i també probablement la dipositària de grans esperances i la responsable de grans frustracions quan els resultats no acompanyen. I, cal entendre-ho, les parelles hi dipositen totes les seves energies i confiança, induïts per uns *mass media* que ens bombardegen diàriament sobre la bondat de les TRA i dels seus grans èxits, que fan creure als interessats que simplement és com passar unes proves més o menys pesades, però amb èxit assegurat al final. I no sempre és així!

L'estimulació ovàrica amb hormones gonadotròpiques és el primer pas en un cicle de FIV, que farà el seu efecte no tan sols sobre l'ovari, sinó també sobre els aspectes més emotius de la dona. Un segon pas és l'obtenció dels òvuls, que requereix un plus de molèstia física, el qual vindrà seguit del tercer pas i del neguit per saber si aquests han fecundat, i si disposarem d'embrions per a poder fer el salt al quart i darrer obstacle a vèncer, que és la transferència dels millors embrions a la cavitat uterina de la dona. Finalment, l'espera de 12-15 dies per a saber el veredict final: embaràs sí o no. Tal com diuen Baor i col·l., les TRA són equivalents a l'esperança en situació de crisi, però amb un consum d'energies i recursos de la parella molt intens (Baor i Blickstein, 2005).

Els resultats de les TRA podem considerar que són bons, si pensem que probablement moltes de les parelles que aconseguen l'embaràs difícilment l'haurien aconseguit de manera espontània, però són lluny del que desitjaríem tots. En la taula 2, podem valorar els resultats aportats en l'últim registre de la Societat Espanyola de Fertilitat (SEF) i en el qual destaquem la taxa de gestació per cicle iniciat del 29,6 %, la taxa de pèrdues en el primer trimestre del 19 % i una taxa de parts per cicle del 19 %. A tot això no podem deixar d'afegir-hi alguns efectes no desitjables com les gestacions múltiples, aproximadament un 25 %, una elevada taxa de prematuritat en aquestes gestacions, i alguns síndromes d'hiperestimulació ovàrica.

Tot plegat, l'epidemiologia de la infertilitat, l'estudi i diagnòstic de l'esterilitat i les tècniques per a tractar-la, ens permet identificar en la parella infèrtil aspectes i situacions que ens condueixen i reforcen l'estrès, l'ansietat i l'angoixa: l'edat avançada de la dona, els anys d'esterilitat, el mateix estudi d'esterilitat i les llistes d'espera que sovint hi ha a la sanitat pública per a accedir al diagnòstic i al tractament, les limitacions dels cicles de TRA, el cost privat d'aquests i la por al fracàs, l'existència d'experiències prèvies no sempre reeixides, les dificultats personals i de parella, la por al desconegut, i la possible necessitat i ús de gàmetes aliens a la parella; tots aquests factors són, per si sols, justificadors d'un cert grau d'estrès. En el mateix sentit, la realització d'un cicle de TRA, la medicació que cal prendre, els controls que cal fer, l'espera dels resultats, la perspectiva d'una gestació única o múltiple, el seguiment i control de l'embaràs, el mateix part i les expectatives en alguns casos d'un ingrés a la unitat de cures neonatals intensives, amb el risc fins i tot d'una mort neonatal, són altres aspectes que també impactaran profundament en la dona i la parella.

Tasas de embarazo (%) en los ciclos FIV / ICSI				
	FIV	ICSI	FIV + ICSI	TOTAL
Total embarazos	1.029	7.463	1.290	9.782
% embarazo por ciclo	29,8	29,5	31,2	29,7
% embarazo por punción	34,5	33,4	41,2	34,4
% embarazo por transferencia	39,3	38,2	44,1	39,0

Evolución de las gestaciones (%)					
	FIV	ICSI	FIV+ICSI	DCT	Ovodonación
Gestaciones clínicas	886	7.146	1.126	1.450	3.008
Abortos	159 (18,2%)	1.214 (17,9%)	195 (18,4%)	306 (22,1%)	531 (18,6%)
Ectòpics	15 (1,7%)	111 (1,6%)	12 (1,1%)	20 (1,4%)	44 (1,5%)
Evolución desconocida	14 (1,6%)	365 (5,4%)	67 (6,3%)	68 (4,9%)	148 (5,2%)

Tasas de nacimiento por ciclos (%)				
	Ciclos en frescos	Ciclos DCT	Ciclos en ovodonación	Ciclos DGP
% partos por ciclo	16,0	10,6	25,4	12,5
% partos por punción	18,2	ND	ND	15,3
% partos por transferencia	20,7	12,6	27,4	26,3

Taula 2: Resultats dels cicles de FIV (font: Registre FIV-SEF 2006)

Aquesta situació d'infertilitat i tot el que comporta des del punt de vista de diagnòstic i tractament, no hi ha dubte que interfereix emocionalment i psíquicament a nivell individual i en la vida de parella, com ja hem anticipat anteriorment, però, sens dubte, l'actitud dels professionals que la tracten també pot incidir en sentit positiu o negatiu sobre aspectes més psicològics i menys físics. És en aquesta direcció que Camps (2003; 2007) ens crida l'atenció perquè els professionals escoltem més sovint les manifestacions de la biologia, ens fem càrrec de la complexitat emocional que comporta la concepció i no ens amaguem darrere les TRA, les quals ofereixen sovint una solució ràpida que anestesia el dolor, però que escoltat podria obrir nous camins. A nivell individual, la infertilitat desperta conflictes adormits, pot enderrocar la imatge idealitzada pròpia i de l'altre; hi ha una alteració en la transcendència de la fecunditat biològica, i la majoria de parelles amaguen el dolor per la pèrdua d'aquesta fecunditat. Segons Camps, cal fer un reconeixement d'aquesta pèrdua i elaborar el dol, ja que el patiment de tipus depressiu no s'alleuja amb un naixement, ni un nadó no pot substituir o reparar un objecte perdut. A més, les expectatives de parentalitat influiran en el vincle amb el futur fill, de manera que són molts els professionals de la salut mental infantil que s'interroguen sobre la criança edificada sobre notables

graus de negació. Tanmateix, els estudis de seguiment sembla que no detecten trastorns majors.

Una revisió sistemàtica de la literatura, presentada per Hammarberg, Fisher i Wynter el 2008, en què, a partir de la lectura de 466 articles, en selecciona 28, ens explica els canvis produïts per l'esterilitat en relació a l'embaràs, el vincle fetal i la relació pares-fills, comparant un grup control amb un grup procedent de TRA. Afirmar que l'esterilitat produeix alteracions en el benestar emocional, provoca una disminució en la satisfacció amb la vida i en l'autoestima i, fins i tot, trastorns psicològics importants, que poden afavorir el fracàs de les TRA. L'autor troba que el grup de TRA presenta un augment en l'ansietat sobre la supervivència fetal, com també en les dificultats per a la criança inicial i una disminució en la confiança postnatal respecte del grup control. Però els dos grups són idèntics respecte a la satisfacció de la parella, el benestar emocional i l'autoestima, l'embaràs, la vida fetal i la relació pares-fills. Pel que fa a l'informe de les percepcions dels pares sobre el temperament i el comportament infantil, constata que aquestes són contradictòries. L'autor conclou que les diferències metodològiques poden explicar la manca de coherència en els resultats de la influència de les TRA sobre alguns aspectes de la paternitat, i diu que és possible que després d'una TRA, durant l'embaràs, la paternitat pot ser idealitzada i això podria obstaculitzar l'ajustament i desenvolupament d'una identitat paternal de confiança.

Una de les autores que més s'han interessat pels nens nascuts de TRA és Bonduelle (Bonduelle et al., 1999), autora de múltiples articles i treballs sobre el tema, ens confirma que, entre els nadons que provenen de TRA, hi ha un increment del risc de baix pes en néixer i de prematuritat, com també un possible augment del percentatge de malformacions relacionades amb la infertilitat paterna i el fons genètic, però no amb la tècnica mateixa. Respecte a la salut general i a les malalties, aquests infants no són diferents. Al contrari, sembla que algunes complicacions neurològiques podrien tenir un risc més gran, sense que hi hagi evidència de retard en el desenvolupament motor dels nens nascuts per sobre de les 32 setmanes. Un cop els nens són escolaritzats, tenen els mateixos temperaments i comportaments. Acaba dient que són necessaris més estudis de seguiment orientats envers la pubertat, la futura fertilitat, les malalties cardiovasculars i els desordres derivats de la impressió genètica i el càncer (Bonduelle et al. 1999; Van Steirteghem, Bonduelle, Liebaers i Dovroey, 2002).

No voldria acabar aquest article sense deixar constància de l'interès dels professionals de la reproducció sobre els aspectes psicològics i emocionals que envolten aquestes parelles. Des del grup d'interès de Psicologia, de la Societat Espanyola de Fertilitat, es treballa en aquest sentit i s'ha editat una guia clínica centrada en diferents aspectes: el cribratge i l'avaluació psicològica en la primera visita d'esterilitat, la valoració psicològica en donants de gàmetes i embrions, la manera com oferir i donar suport psicològic en pacients de risc (pacients amb molta angoixa, amb antecedents de conductes psicopatològiques, pacients que requereixen consell genètic, parelles amb avortaments de repetició, parelles amb fracassos repetits de TRA, parelles sotmeses a reduccions embrionàries, parelles amb gàmetes o embrions donats, dones soles i parelles homosexuals) i, finalment, la manera d'oferir recolzament per a finalitzar les TRA (Moreno et al., 2007).

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Baor, L. i Blickstein, I. (2005). Psychosocial aspects of the direct path from infertility to the "instant family": are all risks known. *Harefuah*, 144(5), 335-340, 382.

Bonduelle, M., Camus, M., De Vos, A., Staessen, C., Tournaye, H., Van Assche, E., Verheyen, G., Devroey, P., Liebaers, I. i Van Steirteghem, A. (1999). Seven years of intracytoplasmic sperm injection and follow-up of 1987 subsequent children. *Human Reproduction*, 14(Supl. 1), 243-64.

Camps, N. (2003). Técnicas de reproducción asistida: inquietud y privilegio de las parejas. A *La adopción y otras filiaciones: un fenómeno contemporáneo* (pp. 25-29). Barcelona, Espanya: Sección de Psicología Clínica y de la Salud del COPC.

Camps, N. (2007). Técnicas de reproducción y nuevo milenio. A A. Talarn (Ed.), *Globalización y salud mental*. Barcelona, Espanya: Herder.

Domar, A.D. (2004). Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility*, 81(2), 271-273.

Greil, A.L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679-1704.

Hammarberg, K., Astbury, J. i Baker, H.W. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16(2), 374-383.

Hammarberg, K., Fisher, J.R., i Wynter, K.H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 14(5), 395–414.

Hjollund, N.H., Jensen, T.K., Bonde, J.P., Henriksen, T.B., Andersson, A.M., Kolstad, H.A., Ernst, E., Giwercman, A., Skakkebaek, N.E. i Olsen, J. (1999). Distress and reduced fertility: a follow-up study of first-pregnancy planners. *Fertility and Sterility*, 72(1), 47–53.

Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C. i Möller, A. (2006). First IVF treatment—short-term impact on Psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21(12), 3295–3302.

Homan, G.F., Davies, M. i Norman, R. (2007). The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update*, 13(3), 209–223.

Leridon, H. (1981). La sterilité: méthodes de mesure et modèles du demographe. Les colloques de l'INRA. *Facteurs de la fertilité humaine*. 103, 17-30.

Lorimer, S. (1954). *Cultura and Human Fertility*. UNESCO Publications. New York: Columbia University Press.

Matorras, R. i Hernandez, J. (2007). *Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Espanyola de Fertilidad, con la colaboración de la Asociación Espanyola para el Estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Espanyola de Andrología y de la Sociedad Espanyola de Contracepción*. Madrid, Espanya: Adalia.

McMahon, C.A., Gibson, F.L., Allen, J.L. i Saunders, D. (2007). Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 22(4), 1168–1174.

Moreno, A., Guerra, D., Baccio, G., Giménez, V., Dolz, P., Tirado, M.M., Gutiérrez, K. i Gil, M. (2007). Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 1(Supl. 1).

Olivius, C., Friden, B., Borg, G. i Bergh, C. (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility*, 81(2), 258–261.

Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U. i Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23(5), 1128–1137.

Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J. i Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction*, 24(7), 1656–1664.

Schmidt, L., Holstein, B.E., Christensen, U. i Boivin, J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20(11), 3248–3256.

Stephoe, P.C. i Edwards, R.G. (1978). Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet*, 12(2), 366.

Sydsjo, G., Ekholm, K., Wadsby, M., Kjellberg, S. i Sydsjo, A. (2005). Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Human Reproduction*, 20(7), 1952–1957.

Thonneau, P., Marchand, E. i Tallec, A. (1991). Incidence and main causes of infertility in a resident population (1,850,000) of three French regions (1988-1989). *Human Reproduction*, 6(6), 811-816

Van Steirteghem, A., Bonduelle, M., Liebaers, I. i Devroey, P. (2002). Children born after assisted reproductive technology. *American Journal Perinatology*, 19(2), 59-65.

Resumen

La evolución de nuestras sociedades ha comportado la aparición de nuevos modelos de familia, sociales y económicos, cambiando estilos de vida, hábitos y costumbres. Uno de los hitos más evidentes es la plena incorporación de la mujer a la vida laboral y social. Éstos y otros factores, han propiciado el retraso en la edad de concepción, uno de los motivos en el incremento de la demanda de recursos sanitarios destinados a la infertilidad. Simultáneamente, la medicina de la reproducción ha hecho avances importantes en las últimas décadas, dando confianza y tranquilidad a las propias parejas en el sentido de poder conseguir la maternidad o paternidad cuánto ellas desearan. Pero el sentimiento de infertilidad causa un estrés emocional que se agrava más en el proceso de diagnóstico de la esterilidad y durante los trata-

mientos para superarla. La infertilidad equivale a crisis y las técnicas de reproducción asistida equivalen a esperanza, pero una y otra hace falta saberlas gestionar adecuadamente. Son situaciones que consumen intensos recursos de la pareja, exponiéndoles a potenciales situaciones de riesgo psicosocial, a ambos miembros de la pareja así como al futuro hijo. Es por ello, que se hace imprescindible el correcto acompañamiento de estas parejas, apoyando el establecimiento de mecanismos de afrontamiento activo con el fin de mejorar el estrés y alejar las situaciones de conflicto, mejorando seguramente los resultados.

Palabras clave: infertilidad, reproducción asistida, estrés emocional.

Abstract

The evolution of our societies has implied the emergence of new family models, both social and economic, with changes in lifestyles, habits, and customs. An obvious milestone is the full incorporation of women into the labour and social life. These and other factors have led to a delay in the age of first pregnancy, one of the reasons for the increasing demand for health resources devoted to infertility. Simultaneously, reproductive medicine has significantly improved in the last decades, providing couples with confidence and ease, in order to achieve parenthood when they want. But the feeling of infertility results in emotional stress, which is worsened in the process of sterility diagnosis and during treatments to overcome this problem. Infertility is equal to crisis, and assisted reproductive techniques mean hope, but both have to be managed properly. These situations drain the couple, putting not only the two members of the couple but also the future child in potential situations of psychosocial risk. This is why the proper accompaniment of these couples is essential, by supporting their establishing active coping strategies in order to decrease stress and move away from conflicts, thus improving the results.

Key words: infertility, assisted reproduction, emotional stress.

