

LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN INFERTILIDAD: EL “DERA” UNA PRUEBA CREADA EN ESPAÑA

Cristina Jenaro Río¹, Carmen Moreno-Rosset², Rosario Antequera Jurado³
y Noelia Flores Robaina⁴

¹Universidad de Salamanca. ²Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). ³Universidad de Sevilla.

⁴Universidad de Salamanca

El objetivo principal de este artículo es presentar un área novedosa dentro de la psicología de la salud, como es el campo de la infertilidad. Abordamos esta nueva posibilidad profesional en lo que hemos denominado “Psicología de la Reproducción”. Ofrecemos además una visión histórica de las principales variables que han sido objeto de evaluación en estas parejas con problemas de infertilidad y de las técnicas de evaluación psicológica que se han venido utilizando para valoración. Finalmente, presentamos el DERA, herramienta novedosa de screening para detectar un posible desajuste emocional, así como los recursos adaptativos, individuales e interpersonales, con los que la pareja puede contar para hacer frente al proceso de tratamiento de reproducción asistida y a los resultados. Exponemos también las ventajas principales de esta herramienta y detallamos sus características y potenciales usos adicionales.

Palabras clave: Infertilidad, Psicología de la Reproducción, Evaluación, Desajuste emocional, Recursos adaptativos.

The main goal of this paper is to introduce an innovative field in health psychology, namely that of infertility, and present the new professional opportunity represented by what we have called “Reproductive Psychology”. In addition, we offer a historical view of the main variables that have been included in the assessment of couples with infertility issues and the psychological techniques that have been used for such assessment. Finally, we present the DERA, an innovative screening tool for detecting emotional maladjustment, as well as individual and interpersonal adaptive resources couples may have for coping with assisted reproduction treatments and their results. The main advantages of this tool, its characteristics and its potential additional uses are also discussed.

Key words: Infertility, Reproductive Psychology, Assessment, Emotional maladjustment, Adaptive resources.

LA INFERTILIDAD: ESTADO ACTUAL

Se estima que entre un 15 y un 18% de las parejas españolas son infértiles y esta tendencia va en aumento. Se calcula además que de este grupo, un 60% recurrirá a los procedimientos de reproducción asistida para poder concebir un hijo. Cambios sociales, culturales o económicos ayudan a explicar, al menos en parte, esta tendencia. Por ejemplo el pleno acceso a estudios superiores de la mujer y su posterior inclusión en el mercado laboral, con la consiguiente demora en la intención de tener hijos, dadas las dificultades en conciliar la vida familiar o la posibilidad de cambiar de pareja sentimental a lo largo de la vida y de desear formar una nueva familia con dicha pareja, constituyen factores relevantes para explicar la demora en la decisión de tener hijos. El problema es que las probabilidades de embarazo, tanto de modo natural como a través de técnicas de reproducción asistida, descienden con la edad y así, si en una

mujer por debajo de 35 años, las posibilidades de éxito de estas técnicas se sitúan en el 40%, y en una de 40 años se reducen a un 15%. De hecho, el número de hijos por mujer en edad fértil es uno de los indicadores que suele evolucionar en sentido opuesto al desarrollo económico. Así, las tasas más bajas se encuentran en los países más avanzados y las más altas en los países menos desarrollados. En España la tasa de fecundidad se encuentra a la cola de los países de la Unión Europea.

Respecto a las causas de la esterilidad, en un 40%-50% de los casos es de origen masculino (falta o escaso número de espermatozoides, baja movilidad de los mismos o elevado porcentaje de espermatozoides anormales), sólo el 22,3% es de origen femenino (disminución de la reserva ovárica, endometriosis u obstrucción tubárica), un 16,7% corresponde a causas mixtas y un 14% a causas desconocidas.

¿QUÉ VARIABLES PSICOLÓGICAS SE EVALÚAN EN POBLACIÓN INFÉRTIL?

Alteraciones emocionales: ansiedad y depresión

Existen numerosas evidencias sobre el impacto psicológico de la infertilidad y de los tratamientos asociados y de

Correspondencia: Cristina Jenaro Río. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Salamanca. Avda. de la Merced, 109-131. 37005-Salamanca. España. E-mail: crisje@usal.es

que la calidad de vida de parejas infértiles es inferior a la de las parejas fértiles (Ávila Espada, 1993; El Messidi, Al Fozan, Lin Tan, Farag, y Tulandi, 2004; Llavona en este mismo número; Moreno-Rosset, 2000; Robinson y Stewart, 1996; Rosenthal y Goldfarb, 1997). Así, si bien la infertilidad no constituye en sí misma una psicopatología, como se explica en el artículo de Antequera, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila en este mismo monográfico, el proceso que abarca afrontar un diagnóstico de infertilidad, someterse a técnicas de reproducción asistida y a los repetidos intentos por conseguir un embarazo, constituye un periodo largo y estresante que sitúa a las parejas en riesgo de desarrollar problemas emocionales y de desajuste (Fassino, Pierò, Boggie, Piccioni y Garzaro, 2002; Smeenk, Verhaak, Eugster, Van Minnen, Zielhuis y Braat, 2001). Concretamente, varios estudios evidencian la existencia de alteraciones emocionales como la ansiedad, especialmente en las mujeres (Seibel, Lobo, Motta, Kotecki, Fuentes, Serafini, Pet al., 2003), si bien en ambos sexos existen patrones similares en cuanto a la relación entre ansiedad e infertilidad (Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine, 2003; Peterson, Newton y Feingold, 2007).

Otros problemas emocionales se relacionan con la depresión. Recientes trabajos indican que existen más mujeres con depresión o con historia de depresión en el grupo infértil (Iribarne, Mingote, Denia, Martín, Ruiz y De la Fuente, 2003; Meller, Burns, Crow y Grambsch, 2002). A ello se ha de añadir que las mujeres con infertilidad primaria y sus parejas masculinas obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en depresión que las parejas con infertilidad secundaria (Epstein y Rosenberg, 2005). Existen, no obstante, controversias pues recientes investigaciones demuestran que la duración de la infertilidad origina tan sólo niveles moderados de depresión y no está claro si incluso dichos niveles de depresión pueden reducir el éxito de las técnicas de reproducción asistida (Brasile, Katsoff y Check, 2006). También hemos de indicar que los niveles de desajuste emocional clínicamente significativos se producen tan sólo en una minoría de estos pacientes (Anderson, et al., 2003).

Estrategias de afrontamiento

Respecto a las estrategias de afrontamiento que estos pacientes ponen en marcha para afrontar este suceso vital estresante, varias investigaciones evidencian que las mujeres en reproducción asistida tienden a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas o evitativas y a experimentar más sentimientos de culpa sobre la infertilidad, y

en definitiva, más desajuste emocional (Anderson, et al. 2003; Lukse y Vacc, 1999). De ahí que sean un grupo de riesgo de experimentar sentimientos negativos hacia sí mismas y aislamiento (Pottinger, McKenzie, Fredericks, DaCosta, Wynter, Everett y Walters, 2006). Sin embargo, no existe un claro consenso en este aspecto, pues otros estudios indican que son los hombres quienes ponen en marcha en menor medida estrategias de afrontamiento (Kowalcek, Wihstutz, Buhrow y Diedrich, 2001), e incluso, algunos trabajos de meta-análisis indican que las mujeres utilizan en mayor medida que sus parejas estrategias basadas en la búsqueda de apoyo social, el escape-avoidance, la solución de problemas o la reformulación positiva (Jordan y Revenson, 1999).

Ajuste marital

Un tercer aspecto objeto de creciente interés es la evaluación de la dinámica de la pareja y así varios estudios indican que las parejas que perciben niveles similares de estrés social relacionado con la infertilidad obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en ajuste marital que las parejas que tienen diferentes percepciones (Peterson, Newton y Rosen, 2003). Además, las parejas que experimentan niveles similares de necesidad de paternidad muestran, también, mejor ajuste marital que las parejas cuyas percepciones difieren. A su vez, la incongruencia en dichas percepciones acerca de la relación y la paternidad se asocia con la depresión en la mujer. Todos estos datos apoyan la teoría de que la existencia de elevados niveles de ajuste entre las parejas en relación con el estrés que experimentan, les ayuda a afrontar con eficacia el impacto de sucesos vitales estresantes (Peterson, et al., 2003). También se ha encontrado que incluso, compartir el estrés asociado a la infertilidad, puede mejorar la relación de pareja (Repokari, Punamaki, Unkila Kallio, Vilksa, Poikkeus, Sinkkonen, Almqvist, Tintinen y Tulppala, 2007). De los trabajos revisados se desprende la necesidad de evaluar a ambos miembros de la pareja, y de determinar la congruencia de sus percepciones y vivencias.

Apoyo social

El apoyo entre los miembros de la pareja parece ser entonces un elemento esencial en el proceso de adaptación y afrontamiento de la infertilidad y de las técnicas de reproducción asistida. Estrechamente relacionado con este aspecto es la existencia de una adecuada red social y especialmente, el apoyo social percibido. Como señalan Östberg y Lennartsson (2007) numerosos estudios, en dife-

rentes ámbitos, demuestran la relación entre apoyo social y estado de salud. Igualmente ha sido reiteradamente demostrada la influencia, tanto directa, como protectora ("buffering") del apoyo social sobre el estrés (Barrón, 1996). En el ámbito de las enfermedades crónicas, los beneficios de cada tipo de apoyo (instrumental, emocional, informativo, valorativo) parecen depender de la fase de evolución de la enfermedad en la que se encuentre el paciente. De este modo, por ejemplo, el apoyo instrumental puede resultar más beneficioso para aquellos pacientes que presentan algún tipo de limitación funcional, mientras que los apoyos de tipo emocional muestran mayor eficacia a lo largo del proceso de ajuste y adaptación a la enfermedad. Igualmente existe una estrecha relación entre la eficacia de cada tipo de apoyo y el agente que lo proporciona, así, por ejemplo, en el ámbito de la enfermedad crónica, el apoyo informacional proporcionado por los profesionales de la salud suele ser el más efectivo (Berkman, Glass, Brissette y Seeman, 2000; Uchino, Cacioppo, Kiecolt-Glaser, 1996). En el ámbito de la infertilidad, se ha constatado que la percepción de apoyo social y la búsqueda de dicho apoyo explica una significativa cantidad de varianza en el ajuste de las parejas con problemas de infertilidad (Maillet, 2003; Peterson, 2006).

Características de personalidad

Continuando con la exposición de factores asociados al afrontamiento eficaz de la infertilidad y de los procesos de reproducción asistida, es posible aludir a características de personalidad mostradas por los individuos, aunque hemos de indicar que los estudios centrados en infertilidad son, cuando menos, escasos. Entre estos recursos personales hemos de señalar determinadas características de personalidad, vinculadas a la denominada "personalidad resistente" (Maddi y Kobassa, 1984), al optimismo o a la percepción de control sobre los acontecimientos. Un patrón de personalidad resistente proporciona la motivación necesaria para afrontar las circunstancias estresantes y convertirlas en una posibilidad de crecimiento y por tanto, juega un papel importante como mecanismo de resiliencia (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, Bonanno, 2004; Maddi, 2006). Ejerce así un efecto protector de las situaciones estresantes, ya que se relaciona con un incremento del apoyo social, con el desarrollo de estrategias de afrontamiento centradas en la resolución de problemas y con la promoción del equilibrio personal. A ello se ha de añadir que los todavía escasos estudios que han analizado la relación entre personalidad resistente y afrontamiento

encuentran moderadas correlaciones positivas, si bien parece que ésta tiene una influencia más notoria en el afrontamiento positivo de los estresores cotidianos (incrementando las estrategias centradas en la resolución de problemas y disminuyendo la negación o el escape) (Maddi y Hightower, 1999).

Por su parte, el optimismo se relaciona con constructos como el bienestar, la felicidad y la calidad de vida (Avia y Vázquez, 1999). En la actualidad es posible afirmar que las personas con una tendencia estable hacia el optimismo son más resistentes a las consecuencias del estrés, mantienen un estado de salud más favorable y se adaptan mejor a las enfermedades (Scheier y Carver, 1987; Carver y cols, 1993a, 1993b). El optimismo se ha encontrado además asociado a la adopción de estrategias de afrontamiento eficaces cuando los sujetos se enfrentan a situaciones que representan una amenaza vital (Maddi y Hightower, 1999).

Por último, la sensación de control supone la creencia de que, en mayor o menor grado, el sujeto es capaz de ejercer cierto dominio sobre el entorno (Dobson y Pusch, 1995). De hecho, la falta de control puede actuar como estresor y ejercer un efecto directo y negativo sobre la salud del individuo, mientras que la sensación de control puede actuar como factor protector del estrés e incrementar la probabilidad de que el individuo ponga en marcha conductas saludables, ejerciendo por tanto un efecto directo y positivo sobre su estado de salud (Wallston, 1989).

¿POR QUÉ ES NECESARIA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN INFERTILIDAD?

De lo expuesto hasta aquí se evidencia la relevancia del rol del psicólogo en la evaluación y tratamiento de parejas que han de afrontar una situación de infertilidad (Gonzalez, 2000; Kainz, 2001). Este rol se encuadra en el campo de la Psicología de la Salud, con la denominación Psicología de la Reproducción (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro y Gómez, 2008; Moreno-Rosset, Jenaro y Antequera, 2008). Realizamos así un paralelismo con la denominación utilizada en Medicina, como lo han hecho otras especialidades sanitarias de la Psicología. La Sociedad Española de Fertilidad (SEF) reconoce el papel relevante del psicólogo y cuenta desde 2005 con el Grupo de Interés de Psicología cuya misión radica en incrementar el conocimiento y comprensión de los aspectos psicológicos y emocionales implicados en la salud reproductiva, tanto por parte de los especialistas implicados como de los pacientes.

La evaluación psicológica es necesaria para detectar los principales problemas asociados a la infertilidad y para poner en marcha intervenciones adecuadas (consultar Ávila y Moreno-Rosset en este mismo monográfico). Ello requiere, contar con técnicas desarrolladas específicamente para ello. Numerosos estudios sobre la materia han venido utilizando instrumentos de evaluación de la ansiedad, depresión o afrontamiento, generalmente en combinación con pruebas centradas en evaluar el estrés, la capacidad de ajuste a la infertilidad y las preocupaciones sociales, sexuales o de pareja (p.e. Andrews, Abbey y Halman, 1991; Brasile, Katsoff y Check, 2006; Meller, Burns, Crow y Grambsch, 2002). En otros estudios se han utilizado instrumentos específicos de evaluación de la infertilidad (Glover, Hunter, Richards, Katz, y Abel 1999; Newton, Sherrard y Glavac, 1999; Peterson, Newton y Feingold, 2007; Stanton, 1991), junto con medidas de variables de personalidad (p.e. McKenna, 1998; Rausch, 1998; Stanton, Lobel, Sears y DeLuca, 2002).

Centrándonos en los instrumentos específicamente desarrollados en el campo que nos ocupa, es posible agruparlos en función de sus contenidos en aquéllos centrados en evaluar: a) el impacto de la infertilidad sobre distintas áreas vitales, b) las consecuencias emocionales, c) la adaptación a la situación de infertilidad, d) otros aspectos más específicos; o, e) más de una dimensión psicológica. La Tabla 1 presenta los instrumentos desarrollados hasta la actualidad.

Sin embargo, quedan aún por solventar numerosas deficiencias metodológicas (Boivin, 2003; Coeffin-Driol y Giami, 2004; Greil, 1997; Liz y Strauss, 2005) en los estudios de evaluación y en los instrumentos desarrollados, de entre las que cabe destacar: (a) el predominio del estudio de las consecuencias psicológicas, presuntas negativas, en la mujer, dejando a un lado la evaluación en el hombre; (b) la utilización de muestras reducidas y poco representativas; (c) el excesivo uso de autoinformes y el consiguiente escaso control de fuentes de error asociadas, entre otras, la deseabilidad social; (d) el escaso poder discriminativo de los cuestionarios; (e) la aplicación de análisis estadísticos poco adecuados u obsoletos; (e) la ausencia de estudios longitudinales que permitan obtener una visión del proceso de adaptación y afrontamiento de la infertilidad; (f) la proliferación de estudios centrados en las consecuencias negativas de la infertilidad considerándola como un elemento que deteriora necesariamente a la pareja; y (g) los escasos estudios que incluyan y comparen la situación emocional,

percepción de recursos y utilización de estrategias de afrontamiento por parte de ambos miembros de una pareja infértil.

Reiteramos además que, salvo contadas excepciones, los estudios acentúan la infertilidad como un problema y subrayan, por tanto, las repercusiones psicológicas negativas. Este es el planteamiento más tradicional dentro de las actuaciones de la Psicología en el ámbito de las enfermedades crónicas: la búsqueda de las consecuencias negativas que éstas generan en quienes las padecen. Sin negar la pertinencia de esta perspectiva, creemos que ésta ofrece una visión reduccionista de los pacientes. El ser humano es también un agente activo que dispone de estrategias y recursos para afrontar situaciones difíciles e intentar modificarlas o adaptarse a las mismas. Como viene defendiendo la psicología posi-

TABLA 1
INSTRUMENTOS CREADOS PARA POBLACIÓN CON
PROBLEMAS DE INFERTILIDAD

Evaluación	Instrumento
Estrés asociado a infertilidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ "The Fertility Problem Stress" (Andrews, Abbey y Halman, 1991) ✓ "The Infertility Specific Distress Scale" (Stanton, 1991) ✓ "The Fertility Problem Inventory" (FPI; Newton, Sherrard y Glavac, 1999) ✓ "Infertility Distress Scale" (Pook, Rhorle y Krause, 1999) ✓ "Infertility Reaction Scale" (IRS; Collins, Freeman, Boxer y Tureck, 1992)
Consecuencias emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ "Inventario de problemas psicológicos en infertilidad" (IPPI; Llavona y Mora, 2006) ✓ "Psychological Evaluation Test of Assisted Reproduction Techniques" (PET-ART; Franco, Razera, Mauri, Petersen, Felipe y Garbellini, 2002) ✓ "The Effects of Infertility" (Anderheim, Holter, Bergh y Möllery cols, 2005)
Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ "The Fertility Adjustment Scale" (FAS; Glover, Hunter, Richards, Katz y Abel, 1999) ✓ "Questionnaire on the Desire for a Child" (FKW; Hölzle y Wirtz, 2001)
Aspectos específicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ "Infertility Treatment Questionnaire" (Shiloh, Larom y Ben-Rafael, 1991) ✓ "Infertility Cognitions Questionnaire" (KINT; Pook, Tuschen-Caffier, Schnapper, Speiger, Krause y Florin, 1999) ✓ "The Measure of Infertility Control" (Miller-Campbell, Dunkel-Schetter y Peplau, 1991)
Evaluación multidimensional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ "Cuestionario de ajuste psicológico en infertilidad" (CAPI; Llavona y Mora, 2002)

tiva, los avances en el estudio de los recursos y fortalezas que pueden ayudar a los sujetos a incrementar su bienestar psicológico han sido claramente menos numerosos. Y ello pese a la evidencia de aspectos como el optimismo, la esperanza o la perseverancia que pueden actuar como protectores y evitar que individuos enfrentados a situaciones altamente estresantes desarrollen alteraciones o trastornos psicopatológicos.

El "DERA", UNA PRUEBA CREADA EN ESPAÑA

Así pues, en un intento de contribuir al desarrollo de la Psicología de la Reproducción como un ámbito aplicado de la Psicología de la Salud, y, al mismo tiempo, subsanar algunas de las deficiencias metodológicas citadas, hemos creado el DERA; Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2008)

Utilizamos el término "*desajuste emocional*" para acentuar el objetivo de dicho instrumento, como es la valoración de posibles alteraciones que pueden presentarse a nivel emocional, fruto de la necesidad de hacer frente a un hecho estresante, que no reúnen las características ni los criterios necesarios para poder ser considerados trastornos psicopatológicos. Por el contrario, aunque este desajuste pueda ser considerado como pródromo de alteraciones clínicas (y por tanto el instrumento puede ser útil para la detección precoz de las mismas) también puede constituir la primera fase de un proceso normal de adaptación. Por su parte, con el término "*recurso adaptativo*" hacemos referencia al conjunto de disposiciones tanto internas y estables (p.e. rasgos de personalidad) como externas y modificables (p.e. apoyo social) que permiten afrontar con éxito las situaciones y mantener o recuperar, en las distintas áreas vitales, el nivel de funcionamiento que presente antes de la aparición del suceso estresante. En el ámbito de las enfermedades crónicas, la adaptación se entiende como la paradójica conjunción de procesos aparentemente contradictorios: por un lado el grado de estrés o psicopatología derivados del diagnóstico y la enfermedad y, por otro, la experiencia de crecimiento personal experimentada. Así, una situación vital estresante puede constituir, al mismo tiempo, una oportunidad para el crecimiento personal o para el desajuste emocional (Brennan, 2001).

El DERA es un instrumento compuesto por 48 elementos con respuestas en una escala Likert de 5 puntos que permite conocer el grado de acuerdo del individuo con cada uno de los enunciados que se le presentan. Puede ser aplicado de modo individual o colectivo, a hombres y mujeres infértiles a partir de los 18 años de edad. Su aplicación se realiza en 10-15 minutos. Con un solo instrumento, el psicólogo puede hacer un cribado del estado emocional de los miembros de la pareja y de sus recursos personales y sociales, así como de la congruencia en las valoraciones de ambos miembros, lo que permite programar la intervención o apoyo psicológico adecuado al caso. Por consiguiente, el DERA puede servir como instrumento a ser incluido en la valoración médica inicial del estudio de la pareja infértil y de esta forma cumplir con la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida que estipula la obligatoriedad de aplicar los tratamientos tan sólo a mujeres con buena salud. Ello permitiría poder solventar, antes de iniciar los tratamientos de reproducción asistida, posibles problemas psicológicos en parejas más vulnerables. Al ser el DERA una prueba de cribaje, puntuaciones desajustadas sirven, al psicólogo, para realizar una evaluación psicológica clínica, encaminada a corroborar o descartar la posible existencia de trastornos psicopatológicos. Por supuesto, el DERA, es útil durante todo el proceso de evaluación psicológica (Moreno-Rosset, 2005), ya que, además de detectar parejas infértiles de riesgo, o con una psicopatología desarrollada, es sensible a los posibles cambios derivados del paso del tiempo, o de la intervención psicológica, permitiendo al psicólogo corroborar la eficacia de la psicoterapia aplicada.

El DERA subsana varias de las deficiencias metodológicas existentes en los instrumentos de evaluación previamente comentados. Y ello porque: 1) con un sólo autoinforme se obtiene información de distintos constructos psicológicos; 2) se ha baremado con distintas muestras amplias y representativas de población infértil; 3) presenta acreditadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez; 4) permite la evaluación de los correlatos más frecuentemente mencionados en la literatura sobre infertilidad y 5) permite la evaluación tanto de aspectos negativos como positivos de la pareja.

El instrumento se compone de cuatro factores, que miden: a) Desajuste Emocional (DA); b) Recursos Personales (RP); c) Recur-



Interpersonales (RI) y d) Recursos Adaptativos (RA), compuesto por la suma de los dos últimos factores (RP y RI). Para más detalles puede consultarse Moreno-Rosset, Jenaro y Antequera (2008).

Aplicación del DERA

El cuestionario puede ser aplicado tanto individual como colectivamente. Sus ítems están formulados para poder ser aplicados tanto a población masculina como femenina. Si la administración del instrumento se realiza a la pareja, es importante que cada uno responda individualmente.

Tras obtener las puntuaciones totales en cada dimensión, éstas se transforman a puntuaciones centílicas que permiten determinar la posición del sujeto evaluado frente al grupo de referencia. Existen baremos separados para hombres y mujeres. Las puntuaciones quedan reflejadas en una hoja de perfil que permite determinar visualmente semejanzas y diferencias en los perfiles de los miembros de una pareja, así como identificar patrones más o menos ajustados y si disponen o no de recursos para afrontar la situación de infertilidad. Todo ello, como hemos expuesto previamente, de gran relevancia de cara a la posterior intervención psicológica. En el ejemplo del caso clínico que se describe en el Manual del DERA, reproducido con el permiso de TEA Ediciones, se puede observar que existen diferencias significativas entre Sara y Javier, presentando Sara un elevado desajuste emocional y pocos recursos adaptativos. Por el contrario, Javier muestra un adecuado ajuste emocional, y recursos adaptativos, si bien, se observa que los recursos interpersonales son inferiores a los personales.

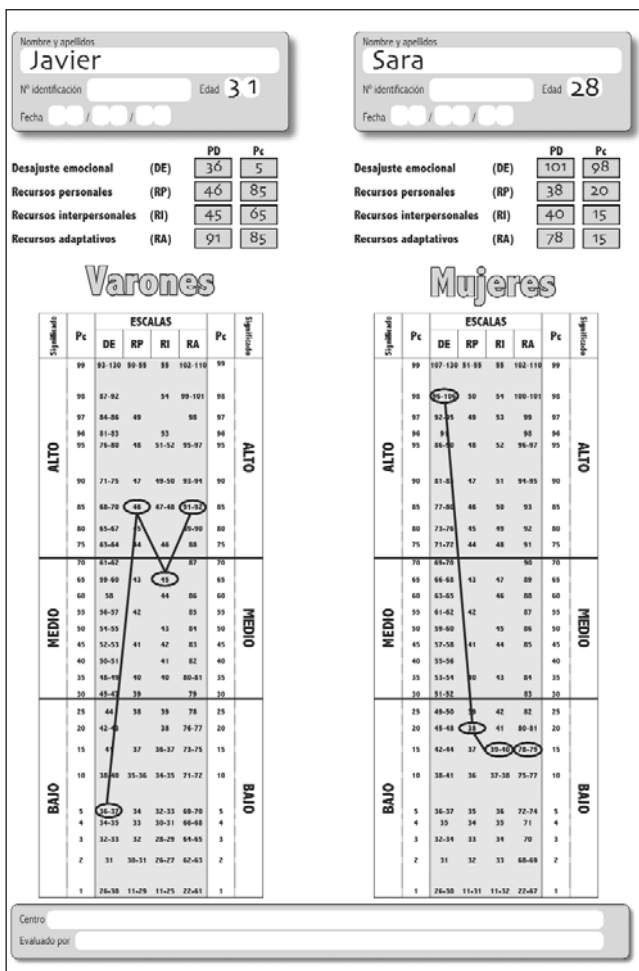
En cuanto a la interpretación del DERA, puntuaciones bajas en Desajuste Emocional indican que la persona no presenta una especial prevalencia de emociones negativas y que se encuentra libre de procesos psicopatológicos relacionados con la ansiedad o con trastornos del estado de ánimo. Por el contrario, elevadas puntuaciones en esta dimensión sugieren la posible presencia de sintomatología cognitiva, motora o fisiológica propia de los estados emocionales negativos, así como sentimientos de inseguridad sobre su capacidad para afrontar exitosamente los problemas. Puntuaciones superiores al centil 75 indican una posible presencia de problemas de ansiedad o depresión que requerirá una evaluación clínica más amplia.

En segundo lugar, puntuaciones bajas en Recursos Personales denotan una escasa disposición a presentar una actitud activa ante los problemas y una escasa fle-

xibilidad conceptual en el análisis de las situaciones. Por su parte, bajas puntuaciones en Recursos Interpersonales reflejan limitaciones en la red social y de apoyo, o bien, desconfianza o aislamiento. De la suma de ambos factores se obtiene la dimensión Recursos Adaptativos. Puntuaciones bajas en este factor denotan una ausencia de estrategias para afrontar las situaciones estresantes, manteniendo el equilibrio emocional. Por el contrario, puntuaciones elevadas en los tres factores relativos a recursos sugieren la existencia de estrategias y actitudes eficaces para el afrontamiento de la infertilidad y los tratamientos asociados. La confianza, perseverancia o la percepción de ser valorado, apoyado y apreciado por quienes les rodean, caracteriza a las personas con elevados recursos adaptativos.

Posibles usos adicionales del DERA

El DERA representa el trabajo de siete años de investigación centrados en el análisis de las consecuencias de los



problemas de fertilidad (Moreno-Rosset, 2003, 2007) y en los aspectos evaluativos (Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro, 2006a, 2006b; Jenaro, Moreno-Rosset, Antequera. y Ávila, 2007). No obstante, hasta el momento las muestras utilizadas para su creación y baremación han estado integradas, en gran parte, por parejas que se encontraban en las fases iniciales del proceso de reproducción asistida. Por ello en la actualidad trabajamos en la ampliación del tamaño muestral especialmente en parejas que se encuentran en fases avanzadas del proceso de tratamiento o que ya han experimentado y vivenciado uno o varios tratamientos fallidos. Por otro lado, las muestras de baremación se han extraído, principalmente, de centros públicos, por lo que estamos ampliando su aplicación a contextos privados, donde presumiblemente, características socio-económicas, educativas y culturales podrían estar afectando a la vivencia de la infertilidad y de las terapias de reproducción asistida, o incluso a las estrategias de afrontamiento que los pacientes ponen en marcha, tal y como se sugiere en algunos estudios (Fido y Zahid, 2004; Schmidt, Christensen y Holstein, 2005).

Por otro lado, creemos que tanto la fundamentación teórica como el contenido el DERA le hacen susceptible de constituirse como instrumento de evaluación útil dentro del ámbito de la enfermedad crónica en general. De ahí que nos encontremos en la actualidad aplicando este instrumento en personas con problemas de fibromialgia y en poblaciones con trastornos somatomorfos y en paciente oncológicos.

En definitiva, la evaluación en infertilidad, núcleo central de la Psicología de la Reproducción, representa un nuevo campo para el psicólogo, tanto a nivel investigador como aplicado en una vertiente que podríamos denominar "asistencial y de mejora de la calidad de vida de las personas" que se someten a estos tratamientos puesto que conocer el grado de ajuste y los recursos de que disponen, permite realizar un tratamiento psicológico adecuado a cada caso. No podemos dejar de destacar este aspecto porque manifiesta esa doble aspiración de la Universidad que, junto a la excelencia científica, busca ser útil a la sociedad e implicarse en la resolución de los problemas prácticos, para dar respuestas a problemas que afectan a la sociedad actual.

REFERENCIAS

Anderheim, L., Holter, H., Bergh, C. y Möller, A. (2005). Does psychological stress affect the outcome of in vitro

fertilization?. *Human Reproduction*, 20 (10), 2969-2975.

Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A. e Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 353-355.

Andrews, F. M., Abbey, A. y Halman, L. (1991): Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 238-253.

Avia, M. D. y Vázquez C. (1999). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.

Ávila Espada, A. (1993). Estrés y procesos psicológicos en la infertilidad humana. En J. Buendía Vidal. *Estrés y Psicopatología* (pp.181-200). Madrid: Pirámide.

Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno de España.

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. y Seeman, T. E. (2000). From social integration to health. Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.

Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57, 2325-2341.

Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 51, 72-82.

Brasile, D., Katsoff, B. y Check, J. H. (2006). Moderate or severe depression is uncommon in women seeking infertility therapy according to the Beck Depression Inventory. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 33(1), 16-18.

Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer- coping or personal transition?. *Psycho-oncology*, 10, 1-18.

Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C., Harris S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. y Clark, K. C. (1993a). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 15, 1213-1220.

Carver, C.S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F. L. y Clark, K.C. (1993b). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

Coeffin-Driol, C. y Giami, A. (2004). L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la rela-

- tion de couple: revue de la littérature. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité*, 32(7-8), 624-637.
- Collins A., Freeman, E. W., Boxer, A. S. y Tureck, R. (1992) Perception of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertility & Sterility*, 57, 350-356.
- Dobson, K.S. y Pusch, D. (1995). A test of the depressive realism hypothesis in clinically depressed subjects. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 179-194.
- El Messidi, A., Al Fozan, H., Lin Tan, S., Farag, R. y Tulandi, T. (2004). Effects of repeated treatment failure on the quality of life of couples with infertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 26(4), 333-336.
- Epstein, Y. M. y Rosenberg, H. S. (2005). Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. *Fertility & Sterility*, 83(6), 1882-1884.
- Fassino, S., Pierò, A., Boggie, S., Piccioni, V., y Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human Reproduction*, 17(11), 2986-2994.
- Fido, A. y Zahid, M. A. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *The International Journal of Social Psychiatry*, 50(4): 294-300.
- Franco, J.G., Razera, R.L., Mauri, A.L., Petersen, C.G., Felipe, V. y Garbellini, E. (2002). Psychological Evaluation Test for Infertile Couples. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 19(6), 269-273.
- Gonzalez, L. O. (2000). Infertility as transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(6), 619-633.
- Glover, L., Hunter, M., Richards, J. M., Katz, M. y Abel, P. D. (1999). Development of the Fertility Adjustment Scale. *Fertility & Sterility*, 72(4), 623-626.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45(11), 1679-1704.
- Hölzle, Ch. y Wirtz, M.A. (2001). *Fragebogen zum Kinderwunsch*. Göttingen: Hogrefe.
- Iribarne, C., Mingote, C., Denia, F., Martín, A. C., Ruiz, J. A. y De la Fuente, P. (2003). Alteraciones emocionales en mujeres infértiles. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 65, 78-88.
- Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Ávila, A. (2007). Development and Validation of the Psychological Supports Scale on Assisted Reproduction (Cuestionario de Apoyos psicológicos en Reproducción Asistida CAPRA): A measure of resources for coping with infertility. Comunicación presentada al Xth European Congress of Psychology (Symposium: Reproduction and hormonal changes). Praga: Actas de Congreso, 172
- Jordan, C. y Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 341-358.
- Kainz K. (2001). The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Women's Health Issues*, 11(6), 481-485.
- Kowalcek, I., Wihstutz, N., Buhrow, G. y Diedrich, K. (2001). Coping with male infertility. Gender differences. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 265(3), 131-136.
- Liz, T. M. y Strauss, B. (2005) Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20,1324-1332.
- Lukse, M. P. y Vacc, N. A. (1999). *Obstetrics & Gynecology*, 93(2), 245-51.
- Llavona, L. y Mora, R. (2002). *Cuestionario de Ajuste Psicológico en Infertilidad (CAPI)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Registro de la propiedad intelectual 16/2002/2716.
- Llavona, L. y Mora, R. (2006). *Inventario de Problemas Psicológicos en Infertilidad (IPPI)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Registro de la propiedad intelectual 16/2006/3632.
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness. The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 160-168.
- Maddi, S. R. y Hightower, M. (1999). Hardiness and optimism as expressed in coping patterns. *Consulting Psychology Journal*, 51, 95-105
- Maddi, S. R. y Kobassa, S. C. (1984). *The hardy executive: health under stress*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Maillet, M. H. (2003). Infertility and marital adjustment: The influence of perception of social support, privacy preference and level of depression. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 63(11-A), 4093.
- Mckenna, K. A. (1998). Assessing the psychological impact of fertility treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58(7-B), 3930.
- Meller, W., Burns, L. H., Crow, S. y Grambsch, P. (2002). Major depression in unexplained infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 23(1), 27-30.

- Miller-Campbell, S., Dunkel-Schetter, C. A. y Peplau, L. A. (1991). Perceived control and adjustment to infertility among women undergoing in vitro fertilization. En A. L. Stanton y C. A. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 133-156). New York: Plenum Press.
- Moreno-Rosset, C. (2000). (Dir). *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset C. (2003). *Memoria Final del Proyecto I+D+I "Consecuencias psicológicas y psicosociales de los tratamientos de infertilidad en las mujeres: evaluación e intervención"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 11/00.
- Moreno-Rosset, C. (2005). El proceso de evaluación psicológica. En C. Moreno-Rosset (Edit). (2ª ed.). *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. Madrid: Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C. (2007). *Memoria Final del Proyecto I+D+I "La infertilidad en la mujer: aspectos psicosociales y neurobiológicos"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Expte. 28/03.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2006a). Características psicométricas del "Cuestionario de Apoyos psicológicos en Reproducción Asistida" (CAPRA), para la evaluación de emociones y recursos en infertilidad. Comunicación presentada a la VI Semana de Investigación de la Facultad de Psicología de la UNED (Simposio: Evaluación emocional). Madrid: Actas de Congreso, 64-65.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2006b). Evaluación de emociones y recursos en infertilidad: Cuestionario de Apoyos psicológicos en Reproducción Asistida (CAPRA). Comunicación presentada al VI Congreso Internacional de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS (Simposio: Afecto y creatividad). Benidorm (Alicante): Actas de Congreso, 137.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2008). DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad. Premio TEA Ediciones, 2007. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C. y Gómez, Y. (2008). La Psicología de la Reproducción: la necesidad del psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clinica y Salud* (en prensa).
- Moreno-Rosset, C., Jenaro, C. y Antequera, R. (2008). DERA. Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad. Un nuevo instrumento en Psicología de la Reproducción. *Boletín de la SEAS*, 28, 11-18.
- Newton, C. R., Sherrard, W. y Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62.
- Östberg, V. y Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: the importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 197-204.
- Peterson, B.D. (2006). Examining the individual and dyadic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress, marital adjustment, and depression. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66(9-B) 2006, 5074.
- Peterson, B. D., Newton, C. R. y Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility & Sterility*, 88(4), 911-914.
- Peterson, B. D., Newton, C. R. y Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1), 59-70.
- Pook, M., Roehrl, B., y Krause, W. (1999). Individual prognosis for changes in sperm quality on the basis of perceived stress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 95-101.
- Pook, M., Tuschen-Caffier, B., Schnapper, U., Speiger, K., Krause, W. y Florin, I. (1999). Cognitions in infertility: development and validation of a questionnaire (KINT). *Diagnóstica*, 45(2), 104-113.
- Pottinger, A. M., McKenzie, C., Fredericks, J., DaCosta, V., Wynter, S., Everett, D. y Walters, Y. (2006). Gender differences in coping with infertility among couples undergoing counselling for In Vitro Fertilization treatment. *The West Indian Medical Journal*, 55(4), 237-242.
- Rausch, D.T. (1998). Marital cohesion, social support, religiosity, infertility diagnosis, and pregnancy outcome as mediating factors in the individual's adjustment to infertility. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58(12-B), 6871.
- Repokari, L., Punamaki, R. L., Unkila Kallio, L., Vilks, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A. y Tulppala, M. (2007) Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22(5), 1481-1491.

- Robinson, G. E. y Stewart, D. E. (1996) The psychological impact of infertility and new reproductive technologies. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 168-172.
- Rosenthal, M. B. y Goldfarb, J. (1997). Infertility and assisted reproductive technology: an update for mental health professionals. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 169.
- Scheier, M.F. y Carver C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized expectancies of health. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schmidt, L., Christensen, U. y Holstein, B. E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, 20(4): 1044-1052.
- Seibel, D., Lobo, D. S., Motta, E. L., Kotecki, J. A., Fuentes, D., Serafini, P. C. (2003). Assessment of anxiety in women undergoing In Vitro Fertilization (IVF) by the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Fertility and Sterility*, 80 (Supl. 3), S242.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shiloh, S., Larom, S. y Ben-Rafael, Z. (1991). The meaning of treatments for infertility: cognitive determinants and structure. *Journal of Applied Social Psychology*, 21 (10), 855-874.
- Smeenk, J. M., Verhaak, C. M., Eugster, A., Van Minnen, A., Zielhuis, G. A. y Braat, D. D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16 (7), 1420-1423.
- Stanton, A. L. (1991). Cognitive appraisals coping processes and adjustment to infertility. En A. L. Stanton y C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: perspectives from stress and coping research* (pp. 87-108). New York: Plenum Press.
- Stanton, A. L., Lobel, M., Sears, S. y DeLuca, R. S. (2002). Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 751-770.
- Uchino, B. N., Cacioppo J. T. y Kiecolt-Glaser J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Wallston, K.A. (1989). Assessment of control in health-care settings. En A. Steptoe y A. Appels (Eds), *Stress, personal control and health* (pp. 86-104). Luxembourg: John Wiley & Sons.