

Revista de Medicina Reproductiva



Secciones:

Artículos Originales o de Revisión

Ateneos CEGYR • Artículos Seleccionados y Comentados

Perfiles Humanos Sobresalientes en Reproducción • Comunicaciones y Servicios al lector

Con la colaboración de **CEGYR**
Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción
Institución afiliada a la Facultad de Medicina de la Univ. de Bs. As.

Con la colaboración de
LER
Laboratorio de Estudios en Reproducción

Estrés e infertilidad

Disertante: *Lic. Leticia Urdapilleta*

Departamento de Psicología de CEGYR (Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción)

Conferencia dictada en 1er Congreso Argentino de Medicina del Estrés, de la Sociedad Argentina de Medicina del Estrés. Junio de 2001, Buenos Aires, Argentina

Bien sabemos todos el efecto deletéreo que el estrés puede tener en la calidad de vida y en la salud psicofísica de las personas. El sistema reproductivo también se ve afectado en muchos casos por este síndrome cada vez más notorio. La asociación entre estrés y fertilidad no siempre es bien comprendida y popularmente muy difundida. Todos hemos escuchado alguna vez: "en cuanto te relajes, te vas a embarazar", o "en cuanto adoptes, te vas a embarazar", sugestivas frases que toda pareja con problemas para lograr tener hijos alguna vez ha recibido y donde a las claras se ve la gran confusión que existe entre estrés y fertilidad.

Cerca del 20% de la población en edad fértil tiene alguna dificultad para embarazarse o llevar a término un embarazo. Probablemente el estrés sea uno de los factores que más haya contribuido a aumentar los índices de infertilidad en las últimas décadas. Pero entonces, ¿el estrés es causa o efecto de la infertilidad? ; ¿todas las parejas a las que les cuesta embarazarse o llevar un embarazo a término tienen al estrés como motivo principal? En el presente trabajo me referiré al estrés como condición deletérea causante de alteraciones de la fertilidad y al estrés como efecto de la infertilidad y de las situaciones generadas alrededor de su intento de resolución. También me referiré sucintamente al abordaje terapéutico del estrés en infertilidad.

Cuando el estrés es "causa", encontramos a nivel orgánico alteraciones hormonales, que en muchos casos inciden negativamente sobre la posibilidad de tener hijos biológicos. En la población femenina, las patologías más frecuentes son: amenorrea funcional hipotalámica; oligomenorrea; anovulación; fase lútea inadecuada; hiperprolactinemia y abortos espontáneos. Los hombres presentan alteraciones en la cantidad y motilidad del semen. Afortunadamente, en muchos casos vemos que estas alteraciones producen disminuciones transitorias de la fertilidad o momentos de subfertilidad, pero que bajo condiciones más favorables remiten o permiten a las personas tener descendencia.

Las condiciones psicológicas que alteran el funcionamiento reproductivo son difíciles de determinar ya que son multifactoriales. Generalmente es complica-

do deslindar si el estrés con el cual encontramos a estos pacientes es la causa de su infertilidad o, si el grado de estrés que habitualmente presentan es motivo de los importantísimos efectos que el atravesar por esta dificultad en la vida les trae. Al evaluar psicológicamente la influencia del estrés en un paciente infértil debemos tener en cuenta los siguientes factores: presencia de ciertos trastornos mentales; determinados rasgos en la personalidad, experiencias de vida previas que hayan sido suficientemente significativas; exposición a fuentes externas o internas productoras de estrés; el grado de efectividad de sus estrategias de coping y la sensibilidad de su sistema límbico.

Dentro de los **Trastornos Mentales (DSM IV)**, que podrían inducir alteraciones en la fertilidad, encontramos:

Trastornos por ansiedad: T. ansiedad generalizada; T. estrés postraumático; T. angustia (Panic Disorder); T. ansiedad no especificado; T. obsesivo compulsivo y fobias específicas o fobia social.

Trastornos adaptativos: T.A. con estado de ánimo depresivo; T.A. con ansiedad; T.A. con trastornos del comportamiento y T.A. con alteraciones mixtas de las emociones y del comportamiento.

Trastornos del estado de ánimo: depresión mayor; depresión menor y T. depresivo no especificado.

Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa; bulimia nerviosa y T. de la conducta alimentaria no especificado.

Trastornos sexuales: deseo sexual hipoactivo; vaginismo; T. de la erección y T. de la eyaculación.

Dentro de los **Rasgos de Personalidad**, la ansiedad, ya sea sola, asociada a trastornos adaptativos, a trastornos de ansiedad o a depresión, es la *vedette* cuando hablamos de estrés. En el campo de la fertilidad, la ansiedad es deletérea tanto cuando es un estado específico que está atravesando la persona, como cuando es un rasgo fijo en la personalidad. Cuando la ansiedad es un rasgo de personalidad, puede producir variaciones de las concentraciones de PRL, cortisol y testosterona en mujeres, reduciendo de este modo su fertilidad. También se ha comprobado en pacientes de fertilización asistida que la ansiedad es un que rasgo influye en las tasas de embarazo y de abortos.

A mediados del 1900, en el 50% de los casos de infertilidad no se encontraba causa orgánica alguna que la justificara: casos ESCA (Esterilidad Sin Causa Apparente). En esa época, en el ambiente psicológico, dominaban las teorías psicoanalíticas que explicaban estos casos ESCA como "Infertilidad Psicógena". Desde los años '70 en adelante, el avance de la endocrinología ginecológica, la andrología, la inmunología, las neu-

rociencias, etc., ha hecho que sólo un 10-15% de los casos de infertilidad carezcan hoy de diagnóstico. Desde una mirada psiconeuroinmunoendócrina, hoy el trabajo psicoterapéutico se centra fundamentalmente sobre los "efectos de la infertilidad", siendo estos los más frecuentes: trastornos adaptativos, procesos de duelo; alteraciones del estado de ánimo; disfunciones sexuales, y agravamiento de trastornos previos, fundamentalmente.

Desde mi punto de vista, ya no es muy importante si el estrés es causa o efecto de la infertilidad. Los tiempos reproductivamente hablando son acotados y los pacientes quieren sentirse mejor y tener sus hijos. El estrés debería ser tratado en cualquier caso, porque más allá de las causas, los efectos los sufren todos. Describiré los efectos del estrés de "padecer infertilidad" desde cinco lugares:

Fuentes habituales de estrés en personas infértiles: Edad de la mujer (cada día las mujeres empiezan más grandes a buscar descendencia, lo que hace que el peso del límite impuesto por el final de la etapa reproductiva sea hoy un factor gravitante); tiempos (espera de resultados, listas de espera, recuperaciones quirúrgicas, postergaciones, procesos de toma de decisiones, etc.); crisis o "strain" intra e interpersonal generada a partir de tomar conocimiento de su dificultad reproductiva; aspectos económicos; aspectos religiosos/éticos/filosóficos; presiones y/o aislamiento del entorno familiar y de amigos; manejo de la información respecto de la infertilidad y sus tratamientos; alteraciones laborales y/o de la vida cotidiana (demandas de los tratamientos vs. obligaciones laborales y de otros tipos); postergación de otros proyectos individuales o de la pareja (en términos de tiempo, posibilidades económicas, vacaciones, estudios, compra de viviendas, autos, etc.).

Estrés de la toma de decisiones: Elección del médico (¿ciencia vs. contención emocional?); elección de los tratamientos (¿quién es el paciente: se opera el marido de varicocele o la mujer se estimula la ovulación y se realizan inseminaciones?); el uso de gametas donadas; el donar gametas; criopreservar/desechar/donar embriones u oocitos pronucleados; la reducción embrionaria en caso de embarazos múltiples; el uso del diagnóstico pre implantacional, para los tratamientos; adoptar; vivir sin hijos.

Estrés generado por los métodos diagnósticos y los tratamientos de la infertilidad:

Métodos diagnósticos: Control diario de la temperatura basal; biopsia de endometrio; test post coital; espermograma; histerosalpingografía, histeroscopia; laparoscopia; biopsia de testículo; punción de epidídimo. El estrés de estos métodos radica en que produ-

cen tensión emocional, dolor, ansiedad de performance, condicionan o alteran la sexualidad, generan gran ansiedad por la implicancia de los resultados, entre otras cosas.

Tratamientos: estimulaciones de la ovulación con relaciones sexuales programadas; series de inseminaciones, cirugías; inhibición hipofisaria; tratamientos de alta complejidad, donación de gametos. Los tratamientos son estresantes, entre otras cosas, porque están supeditados a los ritmos biológicos de las pacientes, por las fluctuaciones cíclicas de esperanza previa al tratamiento y desilusión después del fracaso, por el relativo éxito de los tratamientos, por los efectos secundarios de los medicamentos, por lo difícil de tomar decisiones dentro de tratamientos que conllevan potenciales riesgos.

Estrés sobre la sexualidad: La sexualidad se ve afectada en casi todas las parejas en algún momento de su tránsito por la infertilidad. Esto se debe a 2 motivos fundamentalmente: 1º) *Efectos de la crisis de la infertilidad:* Exigencia sobre el vínculo de pareja (especialmente áreas de comunicación y sexualidad); deterioro de identidad sexual; disminución de la autoestima, disminución del sentimiento de virilidad; depresión, culpa, ansiedad, rabia, frustración, etc. 2º) *Efecto de los métodos diagnósticos y tratamientos:* La condición física está alterada por los procedimientos diversos, las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos hormonales; y la condición emocional está alterada por la pérdida de privacidad y espontaneidad (las relaciones son pautadas por la fecha ovulatoria, el termómetro o el médico; deben informar al médico sobre su frecuencia sexual), la ansiedad anticipatoria, la exigencia de performance y la alternancia de los períodos de abstinencia y demanda de mantener relaciones sexuales (para estudios y determinados tratamientos).

El estrés de los duelos: Los duelos y las pérdidas en estos pacientes son particulares debido a varios motivos: son variados y repetidos (pérdidas de embarazos, fracaso de técnicas, muertes perinatales, etc.); suelen ser invisibles frente a la gente fértil; no hay rituales sociales de transición que les favorezcan el duelo (ej. velorio y entierro de un bebé nonato); son generalmente vividos con poco apoyo del contexto (nadie entiende el dolor de la pérdida de la fertilidad y no sospechan del dolor que produce un embarazo cercano, participar de un cumpleaños infantil y de aniversarios como Navidad, día del padre, día del niño, etc.); y existen diferencias respecto de cómo vivencian los duelos ambos miembros de la pareja (la mujer vive a la infertilidad como amenaza a su identidad y el hombre como una amenaza a la relación de pareja). Así, estas personas sufren el dolor de los diagnósticos ("menopausia precoz", "azoospermia"); del fracaso de los tratamien-

tos; de los abortos espontáneos, y de abortos repetidos; embarazos ectópicos; muerte perinatal de un hijo; reducción embrionaria de uno o más embriones frente a embarazos múltiples; pérdida de embriones criopreservados (y quizás su última esperanza de paternidad genética); pérdida de partes del cuerpo (histerectomía, ooforectomía, etc.); pérdida de la paternidad genética y/o biológica, pérdida del proyecto de vida (formar una familia con hijos); pérdida de la calidad de vida y el dolor de tomar la decisión de parar los tratamientos.

Quiero subrayar especialmente 3 situaciones en las que hay factores de estrés agregados que aumentan aún más el malestar de la dificultad de tener hijos:

1 - Reproducción Asistida

La Reproducción Asistida es una experiencia que aun hoy es difícil, costosa económicamente, relativamente exitosa y altamente estresante. Los principales impedimentos están relacionados a: 1°) *la condena social* que catalogan a estas técnicas de "antiéticas", "antinaturales", "explotadoras" en términos económicos; muchos profesionales del área están en contra de ellas y, se suele tildar de egoístas a aquellos que realizan estos tratamientos, argumentando que deberían adoptar ya que hay muchos niños sin hogar. 2°) *Cuestiones morales o de fe*: La mayoría de las religiones no avalan explícitamente estos tratamientos y 3°) *Decisiones particulares de uno o ambos de la pareja*.

Cada Tratamiento de Reproducción Asistida (TRA) implica a grandes rasgos los siguientes pasos: Se suministran inyecciones diarias de agonistas de Gn Rh con el fin de lograr la inhibición hipofisaria en la mujer. Luego se agregan gonadotrofinas para estimular la ovulación y se realizan controles ecográficos y de estradiol muy seguidos. Cuando los folículos están en el tamaño adecuado, se extraen los oocitos de su interior por vía ecográfica o laparoscópica. Ese mismo día el hombre debe entregar su muestra de semen o se la obtiene en quirófano por medio de una punción epididimaria, de una biopsia testicular o por electroeyacuación en casos de hombres con determinadas lesiones medulares. Ahora, entonces, se trabaja en el laboratorio en la técnica indicada (FIV: Fecundación in Vitro, o ICSI: Intracitoplasmic Sperm Injection). Entre 2 y 5 días posteriores a la punción oocitaria, se realiza la transferencia de embriones al útero de la mujer. Se indica sostén de fase lútea con progesterona, que debe aplicarse diariamente y a los 14 días post punción oocitaria se realiza el primer test de embarazo b HCG.

Los TRA generan un "strain" psicológico específico y particular.

¿Qué lo produce? Entre otras cosas...

- Disconfort físico (inyecciones; extracciones de sangre; ecografías); procedimientos invasivos (punción oocitos, transferencias, etc.); efectos secundarios de la medicación
- Fluctuaciones emocionales debido a la influencia hormonal
- Un lenguaje nuevo y complejo que deben entender y asimilar
- Temor a fracasar en cada estadio del tratamiento
- Ninguna seguridad del resultado del tratamiento
- Es vivido como la última esperanza
- Sobreinvolucramiento emocional (preocupados por sus folículos y embriones antes de ni siquiera saber si se van a embarazar)
- Decisiones ética y emocionalmente complejas
- Presión por el manejo de la información a familiares, amigos, en el trabajo, en las obras sociales
- Incertidumbre del timing del tratamiento
- Interrupción laboral y de actividades sociales
- Costos del tratamiento. Baja o nula cobertura social
- Expectativas irrealistas vs. tasas de éxito reales.

2 - Métodos reproductivos con terceras partes involucradas

Me refiero aquí a técnicas que permiten a una pareja tener un hijo, el cual no estará relacionado genéticamente a uno o a ambos miembros de la pareja: Donación de semen; Donación de oocitos; Donación de embriones y Vientres sustitutos. Si bien no todos los centros de fertilidad en Argentina realizan todas estas técnicas, esto no es un freno para aquellas parejas que estén decididas a formar sus familias de esta manera, ya que algunas no dudan en trasladarse al extranjero para poder realizarlas.

Las principales fuentes de estrés de estas alternativas de paternaje no habituales son:

- Expectativas respecto del futuro (sentimientos; parecido físico; funcionamiento de la familia nuclear y extensa; etc.)
- Escasez de recursos sociales (información, fuentes de apoyo)
- Duelo por la pérdida de la conexión genética
- Elección de donantes no conocida/os vs. conocida/os (con/sin vínculo previo)
- Anonimato de los donantes
- Temas referidos a la apertura o a la privacidad (abrir o no la información acerca de este modo de formar la familia) a su hijo, a la familia extensa, a los amigos, a los médicos, en la escuela.

- Influencia de opiniones del entorno inmediato y social (familia, amigos, religiones, leyes, formadores de opinión)
- Tiempos de espera
- Temas contractuales: financieros, relacionales y legales
- ¿“Múltiples” padres?
- Implicancias del éxito y del fracaso del procedimiento
- Embarazos múltiples. Reducción embrionaria
- Evaluación psicológica de las partes

3 - Embarazos múltiples

Los embarazos múltiples y muy múltiples son una complicación iatrogénica de los tratamientos reproductivos que implican la gestación de 2 o más bebés. Suelen ser embarazos de riesgo con muchas complicaciones maternas y resultados perinatales desilusionantes.

Entre los problemas más frecuentes, encontramos:

a) *Complicaciones obstétricas*: prematurez, diabetes gestacional; presión alta; incompetencia cervical; reposo prolongado y hospitalización.

b) *Complicaciones del bebé*: toxemia; crecimiento fetal restringido; bajo peso al nacer; incapacidad neonatal y mortalidad.

Como es de imaginarse, muchas fuentes de estrés están asociadas a los embarazos múltiples:

- Estrés asociado a los riesgos físicos, temas emocionales, éticos y morales implicados en las *gestaciones múltiples*, incluyendo las consecuencias de llevar adelante este tipo de embarazo y la posibilidad de la reducción embrionaria.
 - Estrés por los *cambios de su vida habitual*:
 - Carga financiera (incluyendo la pérdida de entrada de la madre)
 - Pérdida del contacto con la red social y gran aislamiento
 - Invasión a la privacidad familiar (ayudantes; familiares; atención pública)
 - Espacios (vivienda; auto; cochecitos; cunitas; etc.)
 - Tiempo
 - Estrés del *nacimiento y días subsiguientes* (cesárea, neonatología; volver a casa sin los bebés; amamantamiento; etc.)
 - Estrés de paternaje de múltiples

- Posible prematurez
- Necesidades especiales y discapacidad de los niños
- Delegar cuidados básicos
 - Separar “individuos” vs. “pack” de niños (“los cuatri”, “los trillizos”)
 - Ausencia de relación uno a uno de cada niño con sus padres
 - Bienestar de otros hermanos no incluidos dentro del grupo “especial”

Abordaje terapéutico del estrés en infertilidad

Desde mi lugar profesional intento disminuir el estrés desde 2 áreas básicas:

Información:

- Educación relativa a los cambios psicológicos esperables
- Aspectos psicológicos y médicos de los tratamientos
 - Efectos secundarios de los tratamientos
 - Diferencias de género. Alteraciones en la pareja
 - Alternativas de paternaje. Adopción.

Aporte de recursos:

- Optimización y/o aporte de redes de apoyo
- Aporte de nuevas estrategias de afrontamiento
- Técnicas de relajación muscular y mental
- Elementos de biofeedback
- Reestructuración cognitiva
- Ensueños dirigidos y visualizaciones

Conclusiones

Los modos en que el estrés está presente en las personas con problemas reproductivos son diversos y conllevan distintos grados de intensidad. Si bien cada uno de los temas expuestos merece un análisis y explicación más profundos, el compromiso y la fortaleza que se requiere de estos pacientes a través de cualquier proceso de infertilidad es evidente. Deben ellos lidiar con aspectos orgánicos y procedimientos médicos, a la vez que sobrellevar los aspectos emocionales involucrados en el proceso de formar una familia.

Es de esperar que los profesionales que trabajamos en el área reproductiva, comprendamos la necesidad de los pacientes, que los veamos como una unidad mente-cuerpo, ya que como sabemos, estos sistemas funcionan interconectados y el estrés es prueba de ello.