

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

La incidencia de los factores psicológicos en la infertilidad.

Dlabach, Sofía.

Cita:

Dlabach, Sofía (2020). *La incidencia de los factores psicológicos en la infertilidad. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/97>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/gkn>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA INCIDENCIA DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA INFERTILIDAD

Dlabach, Sofía
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo expone las conclusiones obtenidas de la tesis de licenciatura “La incidencia de los factores psicológicos en la infertilidad”, cuyo objetivo principal fue indagar la relación entre los factores psicológicos (principalmente estrés) y la infertilidad, para así arrojar luz sobre la contribución del profesional de la psicología en el proceso de atención a usuarios de los tratamientos de reproducción humana asistida. Para el análisis se partió de una metodología cualitativa sobre la base de dos entrevistas en profundidad, analizados en contrapunto con la bibliografía disponible, en el marco de la Teoría Cognitivo-Conductual y de la Psicoimmunoneuroendocrinología. Los resultados arrojan que el estrés no sólo es consecuencia de la infertilidad, sino que puede incidir en el curso de la misma; por ende, el apoyo y la orientación emocional por parte de un profesional de la psicología se vuelve fundamental.

Palabras clave

TRHA - Estrés - Psicología - Infertilidad

ABSTRACT

THE INCIDENCE OF PSYCHOLOGICAL FACTORS IN INFERTILITY
This work will expose the conclusions obtained from the bachelor thesis “the incidence of psychological factors in infertility”, whose main objective was to inquire the relation between psychological factors (principally stress) and infertility, in order to shed light on the contribution of the psychologist to patients going through fertility treatment. For the analysis, a qualitative methodology was used, based on two in-depth interviews, both analysed in counterpoint to the bibliography, in the frame of cognitive-behavioural theory and psychoimmunoneuroendocrinology. Results show that stress is not only a consequence of infertility, but also can affect the course of the illness; thus, emotional support and guidance from a psychology specialist becomes essential.

Keywords

ART - Stress - Psychology - Infertility

Introducción

La tesis presentada se desarrolló en miramientos de descifrar la relación entre estrés e infertilidad, y de explorar la contribución del profesional de la psicología en el proceso de atención a usuarios de los tratamientos de reproducción asistida. Específicamente, los objetivos apuntaron a examinar la relación entre estrés y tasa de embarazos, conceptualizar el vínculo entre estrés e infertilidad, y proponer formas de abordaje desde la psicología.

Para el análisis se partió de una metodología cualitativa sobre la base de dos entrevistas en profundidad, la primera a una Licenciada en Psicología especialista en reproducción humana asistida que trabaja desde el enfoque cognitivo-conductual y de la psicoimmunoneuroendocrinología (PINE), y la segunda a una usuaria de técnicas de reproducción humana asistida (TRHA). Estas entrevistas fueron analizadas en un contrapunto con bibliografía disponible.

La psicología cognitivo-conductual y la PINE constituyeron el marco teórico para abordar el tema. La teoría cognitivo-conductual propone que las emociones dependen de los pensamientos y no de los hechos objetivos de la realidad, y plantea la interrelación entre los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales; los “aspectos cognitivos” hacen referencia a las creencias, las cuales son patrones más o menos estables que determinan la forma de ver el mundo, es decir, la interpretación que se hace de la realidad. Así, la terapia cognitivo-conductual -que se desprende de dicha teoría-, es una terapia estructurada, limitada en el tiempo y orientada al problema, que consistirá en modificar los pensamientos disfuncionales para, a su vez, lograr un cambio en las emociones. También involucrará técnicas conductuales, basadas principalmente en el reforzamiento de ciertas conductas consideradas beneficiosas. Por su parte, la PINE es una teoría unificadora que supera el dualismo mente-cuerpo, postulando como hipótesis central la interacción de 4 sistemas: el sistema nervioso central, el sistema endócrino, el sistema inmunológico y el psiquismo.

Conceptos centrales

La tesis giró en torno a ciertos conceptos que vale la pena definir. En primer lugar, el estrés: fue definido por Walter Cannon como la reacción fisiológica causada por la percepción de situaciones aversivas o amenazantes, es decir que implica una evaluación cognitiva que califica al evento como dañino. Esto es

relevante porque puede: dar lugar a emociones tales como miedo, ansiedad y malhumor; inhibir el desarrollo de recursos de afrontamiento necesarios y adecuados; y, a largo plazo, producir cambios irreversibles en el organismo. El estrés engloba al estímulo, al procesamiento de dicho estímulo, y a la respuesta que da el organismo para hacerle frente. En este sentido, el estrés sería un mecanismo adaptativo ya que permitiría actuar frente a una amenaza, en dirección de lucha o de huida.

En segunda instancia, la infertilidad, entendida como la imposibilidad de lograr un embarazo tras un año de vida sexual activa y sin uso de métodos anticonceptivos, y la cual es caracterizada como enfermedad por la OMS.

Por otra parte, los estilos de afrontamiento, definidos por Lazarus como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*.

El autor dirá que las personas sufren cuando creen que no tienen las herramientas necesarias para afrontar la situación, y planteará así dos tipos de afrontamiento: aquel dirigido al problema y otro dirigido a la emoción. El primero implica implementar estrategias dirigidas a resolver la dificultad, porque la persona cree que tiene las herramientas para poder cambiarla, lo cual genera emociones positivas como excitación, entre otras. El segundo, por el contrario, implica intentar minimizar o atenuar el estado emocional, sin enfrentar el problema que lo generó, porque es considerado inmodificable y amenazante, lo que genera miedo y ansiedad.

Por último, la reproducción asistida, constituida por un conjunto de técnicas destinadas a lograr el embarazo, no sólo en personas con problemas de fertilidad, sino también en el caso de la monoparentalidad o en el de las parejas del mismo sexo.

Algunas cifras

Se estima que el 60% de las personas con problemas de fertilidad van a recurrir a las TRHA. Sin embargo, el fracaso terapéutico de éstas ronda el 70%, según la Red de Fertilización Asistida de Latinoamérica. Dentro de este 70%, alrededor del 50% de las personas comprendidas en este grupo sufrirá alteraciones psicológicas de gravedad.

Resultados

La bibliografía revisada indica que los pacientes que reciben apoyo emocional y que disminuyen sus niveles de estrés logran mayores tasas de embarazo, presentan una menor tasa de abandono del tratamiento, necesitan menos ciclos para lograr el embarazo y técnicas menos invasivas y costosas. Esto se explica, en parte, por lo siguiente: durante la respuesta de estrés los proyectos a largo plazo quedan en segundo plano (como la digestión, el crecimiento y la reproducción); se generan cambios neuroquímicos; y se asocia con conductas perjudiciales para la salud tales como el consumo de tabaco y alcohol. La respuesta

de estrés, para cumplir con su función adaptativa, genera cambios en el organismo, y aquí es donde interfiere con la fertilidad: la secreción de algunas hormonas se acentúa mientras que la de otras se inhibe. Por ejemplo, aumenta la prolactina (que inhibe la reproducción), y disminuye el estrógeno (lo cual inhibe la ovulación), la progesterona (inhibiendo la maduración de las paredes uterinas), y la testosterona (empobreciendo la calidad del esperma). Además, trae aparejada una desmejora en la cantidad y la calidad del sueño, lo cual hace, a su vez, que las hormonas involucradas en la respuesta del estrés se mantengan elevadas, creando así un círculo vicioso.

A su vez, se puede observar la otra cara del fenómeno: el estrés como consecuencia de la infertilidad. En esta línea, al comparar un grupo de personas infértiles con un grupo control, el primero presentará: estrés crónico, mayor prevalencia de sintomatología depresiva, y una media de ansiedad más elevada. En este sentido, se puede observar que el diagnóstico de infertilidad y su tratamiento ponen a las personas en riesgo de desarrollar problemas emocionales y de desajuste, es decir, las vuelve vulnerables. Algunos aspectos emocionales asociados a la infertilidad son: inestabilidad anímica, ansiedad, desesperanza, envidia hacia la mujer embarazada y culpa, entre otros. Estos fenómenos pueden ser explicados, en parte, considerando que el diagnóstico de infertilidad irrumpe en la vida de las personas de un modo sorpresivo, constituyendo una verdadera crisis vital, entendiéndola a ésta como *“una alteración del equilibrio emocional por el fracaso en la aproximación tradicional en la resolución de los problemas”*. Esto redundaría en un gran desgaste emocional, a lo que se le suma el costo económico, el sometimiento a procedimientos quirúrgicos y el dolor físico, entre otros. Todos estos puntos fueron resaltados por la usuaria entrevistada, la cual refiere que su vida se convirtió en un *“ahorro para el nenito”*, que debió someterse a una cirugía por endometriosis, y que tuvo que atravesar estudios *“invasivos y tremendos”*. Además, señala haberse visto gorda, fea, *“como si se hubiera perdido a ella misma”*, percibiéndose exclusivamente como *“un aparato reproductivo que encima falla”*. Asimismo, destaca el tema de la culpa, la envidia y los celos, ambivalencia también ratificada por la profesional entrevistada: refiere tener una mezcla entre alegría y culpa *“por sentirse mal”* frente a los embarazos de sus amigas. Señala haber transitado un *“tsunami”* de emociones, y sensaciones de ira, incertidumbre, tristeza, enojo, depresión y frustración. La incompreensión es otro aspecto que destaca, y que es explicado por la profesional: *“como la gente no se muere de problemas reproductivos, no hay mucha conciencia acerca del vivenciar que atraviesan las personas que sufren de infertilidad”*.

En la usuaria entrevistada, se pudieron observar los dos estilos de afrontamiento descritos por Lazarus: en un primer momento, apunta a minimizar su estado emocional intentando *“convencerse”* de que *“ser mujer no es sinónimo de ser madre”*, o de que *“ya no quería saber más nada con la maternidad”*. Progresivamente, y tras decidir darse *“su última chance”*, su afronta-

miento es desde otro lugar, con una orientación más hacia el problema: *“cuando el deseo de ser mamá es más fuerte, tenés una capacidad de resiliencia que no sabés de dónde sale”*, y sigue: *“[es clave] respetarte en tus etapas, las de llanto, las de ira, las de batalla...”*. En concordancia, la profesional entrevistada comenta que los recursos no son adaptativos o desadaptativos en sí mismos, pero que intentar “distraerse” todo el tiempo puede llegar a ser perjudicial, asociándose más a una conducta evitativa, interfiriendo así con el procesamiento de las emociones negativas, las cuales es importante transitar de acuerdo a la concepción de salud mental que plantea experimentar la emoción en forma plena y en intensidad adecuada, sin intentar bloquearla, suprimirla o prolongarla de modo disfuncional.

Todo esto llevó a la siguiente pregunta: ¿por qué un mismo estímulo es estresante para una persona y no lo es para otra? Al adoptar el marco de la teoría cognitivo-conductual, se podría responder que esto se debe a que no es el evento en sí, sino la evaluación que se hace del mismo lo que determina la respuesta al estrés. Así, ésta va a depender tanto de la interpretación del evento como de la estimación de la propia habilidad para enfrentarlo. Si uno cree que tiene las herramientas para hacerle frente al acontecimiento modificándolo o, al menos, aprendiendo de él, va a disminuir su nivel de estrés y empleará estrategias más enfocadas en la resolución de problemas y en el apoyo social. En esta línea se ubica la entrevistada, quien destaca el apoyo de su marido y de las mujeres que pasaron por situaciones similares ya que *“estar entre pares [...] te alivia”*, dice. Asimismo, la respuesta al estrés también estará modulada por las creencias que tenga la persona; en el caso de los usuarios de TRHA con infertilidad, la maternidad/paternidad suele ser *el* proyecto, y organizan su vida en torno a éste, aspecto también mencionado por la entrevistada, quien manifiesta que, a partir de la búsqueda del embarazo, todas las decisiones se organizaron en función de este deseo. De esta manera se puede ver que las variables psicológicas pueden modular la respuesta al estrés, y aquí es donde entra en juego el psicólogo.

Si bien la ansiedad y el estrés son característicos en estos pacientes, es necesario trabajar para brindarles herramientas para manejarlos, apuntando a mejorar su calidad de vida, señala la psicóloga entrevistada. Sin embargo, la riqueza del abordaje psicoterapéutico no radica sólo en tratar la vulnerabilidad de este grupo de riesgo, sino también en poder influir en la relación entre estrés e infertilidad. Así, la profesional destaca la importancia de *“mandar un mensaje diferente al sistema nervioso”*. Entonces, dentro de los abordajes mente-cuerpo, hay ciertas técnicas (tales como la meditación, las técnicas de relajación, la actividad física, etc.) que, además de mejorar la calidad de vida, pueden modificar el curso de la enfermedad.

Asimismo, para pensar la importancia del profesional de la psicología en el ámbito de la infertilidad, se revisaron investigaciones que recaban la visión de las personas usuarias de TRHA. La mayoría manifestó su deseo de recibir orientación y apoyo

emocional, el cual fue brindado en muy pocos casos. En línea con esto, la usuaria entrevistada subraya la importancia de la terapia en el transcurso del tratamiento de fertilidad, conclusión que se extrae de frases como: *“debería haber hecho siempre terapia”*; *“quizás hubiese estado bueno probar hacer [terapia] con mi pareja”*; *“creo en la terapia al 100%, es más, la veo necesaria”*; *“sin dudas la terapia me ayuda a lidiar con estos miedos que van mutando, digo, creo que es absolutamente necesaria, no hay médico que no te lo diga”*; *“creo que [la terapia] debería ser obligatoria”*; *“son tantas las cosas que vivís en estos procesos, que si no recibís ayuda se hace más cuesta arriba”*.

Además, en las investigaciones mencionadas, los aspectos más destacados por los pacientes fueron la necesidad de recibir información y la relación con el médico, en tanto éste generalmente no se mostró abierto a recibir preguntas, no los dejó participar en la toma de decisiones, y no brindó un plan de cara al futuro. En este punto también debe intervenir el terapeuta brindando información de calidad: *“te vas haciendo de datos más por experiencias de gente; nadie te habla de infertilidad o problemas si no tenés más de 40”*, indica la usuaria entrevistada. Respecto a esto, la información cumple múltiples funciones: evita falsas creencias; involucra a los pacientes en tener una participación más activa en el transcurso del tratamiento, lo cual genera mayor sensación de control; y colabora en graduar las expectativas. Estas expectativas se vinculan con las creencias, las cuales están impregnadas y atravesadas por lo socio-cultural, lo cual a su vez se resume en una sola pregunta, según indica la profesional entrevistada: *“¿si no tenés hijos, ¿para qué viniste a este mundo?”*. Y agrega que parte de la psicoterapia será también romper con esta inercia de iniciar sucesivos ciclos de tratamiento indefinidamente, en pos de “ponerse un límite” o de preguntarse *“¿es realmente mío este deseo?”*. Por otra parte, *“se trabaja mucho la aceptación, la flexibilidad, aceptar la incertidumbre, cómo superar la frustración...”*, revela la psicóloga. Asimismo, la usuaria manifiesta que *“es muy difícil encontrar un punto de comodidad, no te acostumbrás a pasarla, al día a día”*, como viviendo un presente constante dado que el futuro es muy incierto e impredecible, al igual que la solución al “problema”. La falta de predicción y de control sobre el evento es un factor muy influyente en la respuesta al estrés.

Para todos estos fines, se propone la psicoeducación, con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre el diagnóstico y lo que éste implica, además de disminuir el estrés y recuperar la sensación de control sobre la propia vida, lo que les permite a las personas tener una participación más activa en la toma de decisiones y expectativas más realistas.

Conclusión

Estrés e infertilidad coexisten. La relación entre ambos, lejos de ser lineal y unidireccional, es extremadamente compleja. No obstante, de las investigaciones revisadas se extrae la conclusión de que, si bien los factores psicológicos no tienen un con-

rol completo sobre el proceso salud-enfermedad, sí ejercen su influencia sobre el mismo. Esto justifica la pertinencia del profesional de la psicología en el ámbito de la infertilidad, y sus principales responsabilidades se podrían resumir en: tratar a una población que se ha vuelto vulnerable a desarrollar trastornos emocionales y/o mentales por verse expuesta a una crisis vital; contribuir a la calidad de vida de estas personas, que muchas veces se verán envueltas en los tratamientos de reproducción asistida por años; colaborar en la disminución de los niveles de estrés y de ansiedad, lo cual se reflejaría en una mayor tasa de embarazos, en la desestimación de técnicas más invasivas y costosas, en la reducción de los ciclos de tratamiento necesarios, y en la disminución de las tasas de abandono del mismo; brindar información de calidad; aportar herramientas para un posible fracaso del tratamiento; y fortalecer conductas saludables y estilos de afrontamiento más adaptativos y funcionales. En síntesis, el manejo del estrés no sólo es importante porque éste incide en la fertilidad directa e indirectamente, sino también porque afecta a la calidad de vida de las personas involucradas en todos sus ámbitos: económico, social, emocional, etcétera. A modo de cierre y de orientaciones futuras, habría que pensar en investigaciones que aporten conocimientos más acabados de la relación estrés-infertilidad, para poder plantear un abordaje psicoterapéutico más eficaz, mejorando técnicas existentes o desarrollando nuevas.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM - V). Washington, Estados Unidos: American Psychiatric Association.
- Barra Almagiá, E., & Vaccaro Huespe, M. D. L. A. (2013). Estrés percibido, afrontamiento y personalidad resistente en mujeres infértiles. *Liberabit*, 19(1), 113-119.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression integrating clinical, cognitive, biological and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619.
- Beck, J. S. (2012). En Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Barcelona, España: Gedisa.
- Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2005). Giving bad news: 'it's time to stop'. En N. S. Macklon (Ed.), *IVF in the Medically Complicated Patient: A Guide to Management* (pp. 233-240). London, United Kingdom: Taylor & Francis.
- Bonet, J. (2013). *Psiconeuroinmunoendocrinología. Cuerpo, cerebro y emociones*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones B.
- Campagne, D. (2008). El estrés, ¿en qué momento del tratamiento médico de la infertilidad debe tratarse? *Papeles del psicólogo*, 29(2), 197-204.
- Clark, D., y Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y terapia cognitiva. En I. Caro (Ed.), *Manual de Psicoterapias Cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 119-129). Barcelona, España: Paidós.
- Daneri, M. F. (2012). *Psicobiología del Estrés*. [Diapositivas de Power Point]. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf
- Domar, A., Clapp, D., Slawsby, E., Dusek, J., Kessel, B., y Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73(4), 805-811.
- Domínguez, R. (2010). ¿Qué sabemos hoy sobre las relaciones entre estrés e infertilidad? *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(3), 463-468.
- Jenaro Río, C., Moreno-Rosset, C., Antequera Jurado, R., y Flores Robaina, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: el "DERA", una prueba creada en España. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 176-185.
- Keegan, E. (2007). Las aplicaciones de la psicoterapia. En E. Keegan (Ed.), *Escritos de psicoterapia cognitiva* (pp. 21-39). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Keegan, E. (2012). La salud mental en la perspectiva cognitivo-conductual. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 23, 52-56.
- Keegan, E., & Holas, P. (2009). Terapia cognitivo comportamental: teoría y práctica. En R. Carlstedt (Ed.), *Handbook of integrative clinical psychology and psychiatry* (pp. 605-629). New York, USA: Springer.
- Moreno Rosset, C., & Martín Díaz, D. (2009). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés*, 15(1), 97-109.
- Muzio, R. (2014). *Estrés y Ansiedad*. [Diapositivas de Power Point]. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/teo%20_estres_ansiedad.pdf
- Palacios, E. y Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 38(2), 94-103.
- Palacios, E., Jadresic, E., Palacios F., Miranda, C., y Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista Chilena de Obstetricia y ginecología*, 67(1), 19-24.
- Regueiro Ávila, A. y Aguayo, L. (2011). Intervención psicológica en un caso de infertilidad femenina. *Escritos de Psicología*, 4(3), 27-35.
- Souter, V., Penney, G., Hopton, J. L., & Templeton, A. A. (1998). Patient satisfaction with the management of infertility. *Human Reproduction*, 13(7), 1831-1836.
- Veiga, M., Puccio, M., y Tamburelli, V. (2013). ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad? *Reproducción*, 28(3), 79-89.