

Nota

El papel del estrés en la infertilidad

SOFÍA VICTORIA DLABACH

SOFÍA VICTORIA DLABACH
Licenciada en Psicología.
Secretaría de Ciencia y Técnica,
Universidad de Buenos Aires
(UBA).
Facultad de Psicología,
Universidad de Buenos Aires
(UBA),
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 22/10/2019
FECHA DE ACEPTACIÓN: 22/11/1119

CORRESPONDENCIA
Lic. Sofía Victoria Dablach.
Melincué 3431, C1417FHK.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
sofiadlabach@gmail.com

Estrés e infertilidad coexisten. La relación entre ambos, lejos de ser lineal, es extremadamente compleja. Por un lado, tanto el diagnóstico de infertilidad como su tratamiento ponen a las personas en riesgo de desarrollar problemas emocionales y de desajuste: el fracaso terapéutico respecto a las técnicas de reproducción asistida ronda el 70% y dentro del conjunto de personas comprendidas en este grupo, alrededor del 50% sufrirá alteraciones psicológicas de gravedad. Sin embargo, la infertilidad no sólo es causa de desajustes emocionales, sino que también podría considerarse como su consecuencia. El objetivo con el presente trabajo es indagar esta relación a partir de una revisión bibliográfica de las investigaciones más destacadas sobre el tema, para así tener conocimientos más acabados sobre la relación estrés-infertilidad, desarrollar un abordaje psicoterapéutico más eficaz y contribuir efectivamente en la resolución de dicha problemática.

Palabras clave: Técnicas de reproducción asistida – Desajuste emocional – Psicoterapia.

The Role of Stress in Infertility

Stress and infertility coexist. Their relationship, far from being linear, is extremely complex. Both the infertility diagnosis and its treatment, put people at risk of developing emotional problems and imbalance: the therapeutic failure of assisted reproduction techniques is about 70%, and among the people within this group around 50% will suffer from severe psychological alterations. Nevertheless, infertility is not just the cause of emotional maladjustment, but could also be considered its consequence. The aim of this work is to explore this relationship from a bibliographic review of the most outstanding research on the subject, in order to have full knowledge about the stress – infertility relationship, to develop a more efficient psychotherapeutic approach and to effectively contribute to this problem.

Keywords: Assisted Reproduction Techniques – Emotional Maladjustment – Psychotherapy.

Introducción

La infertilidad es la imposibilidad de lograr un embarazo después de un año de vida sexual activa y sin uso de métodos anticonceptivos y es considerada como una enfermedad por la OMS [14]. Frente a esto, surgen diversas técnicas que ayudan a alcanzar el objetivo de ser madres y padres, que constituyen los tratamientos de reproducción humana asistida. Sin embargo, tanto el diagnóstico de infertilidad como el tránsito por dichos tratamientos, suelen ser generadores de ansiedad y estrés, entendiendo a este último como la reacción fisiológica causada por la percepción de situaciones aversivas, amenazantes o dañinas [9] y a la ansiedad como su estado anímico asociado [14].

El motivo de que hoy en día no haya investigaciones concluyentes respecto a la relación entre infertilidad y estrés se debe, en parte, a que los criterios de operacionalización y medición de este último son muy heterogéneos [14]. Es por esto que, en el presente trabajo se propone investigar esta relación, planteando el interrogante si el estrés es causa o consecuencia de la infertilidad. Para esto se exponen algunos datos que aproximan una respuesta que, lejos de resolver el asunto, lo establece como objeto de futuras investigaciones. A estos fines, se ordena el trabajo en tres secciones: el estrés como consecuencia de la infertilidad, el estrés como causa y el rol del psicólogo en los tratamientos de reproducción humana asistida.

El estrés como consecuencia de la infertilidad

El diagnóstico de infertilidad irrumpe en la vida de las personas a modo de crisis vital, entendiendo a ésta como «una alteración del equilibrio emocional por el fracaso en la aproximación tradicional en la resolución de los problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, ansiedad y confusión» [14], lo cual redundará en un gran desgaste emocional debido al carácter cíclico de la sucesión entre esperanza y frustración, en directa relación a los ciclos del tratamiento, a

lo que se le suma el costo económico, el sometimiento a procedimientos quirúrgicos, el dolor físico, entre otros [10].

En relación con lo anterior, la bibliografía especializada ha registrado el surgimiento de inadecuación, desesperación, pena, envidia, celos, miedo, inestabilidad emocional, pérdida de la autoestima, culpa, depresión y hasta ideación suicida [10].

Es por esto que tanto el diagnóstico de infertilidad como su tratamiento, ponen a las personas en riesgo de desarrollar problemas emocionales y de desajuste [6]: el fracaso terapéutico respecto a las técnicas de reproducción asistida (TRA) ronda el 70% [10], y dentro de este grupo, alrededor del 50% sufrirá alteraciones psicológicas de gravedad [10]. Así, los estudios que comparan un grupo con problemas de fertilidad con un grupo control, llegan a la conclusión de que el primero se constituye como población de riesgo para el desarrollo de alteraciones psicológicas tales como sintomatología depresiva, ansiedad y/o estrés crónico [10, 5, 8, 14]. Sin embargo, esto no sólo es apreciado por los investigadores, sino que los mismos usuarios de las TRA destacan la importancia de recibir apoyo emocional e información especializada sobre su problemática, hecho que no ocurre en la mayoría de los casos (aproximadamente el 80%) [10, 13].

El estrés como causa de infertilidad

Si bien el recorrido por los tratamientos de reproducción asistida es generador de estrés y de ansiedad, poniendo a las personas en riesgo de desarrollar desajustes emocionales, hay investigaciones que plantean que estos factores podrían, a su vez, tener incidencia sobre las tasas de embarazo. Tal es así que estudios internacionales han demostrado que los pacientes que recibían apoyo emocional de profesionales de salud mental como parte integral del tratamiento de fertilidad, lograban mayores tasas de embarazo que los pacientes del grupo control [11]. Una de las hipótesis que busca

explicar esta relación es que el malestar psicológico es un factor de riesgo para el abandono del tratamiento, fenómeno cuya prevalencia ronda el 26% [5, 14], además de disminuir la frecuencia de las relaciones sexuales y afectar negativamente en la adherencia a las prescripciones médicas [14]. Asimismo, en la respuesta al estrés se inhiben lo que se conoce como «proyectos a largo plazo», entre ellos la digestión, el crecimiento y la reproducción [3]: las funciones sexuales y las habilidades cognitivas se ven alteradas, puesto que la corteza prefrontal (la cual tiene un papel central en el procesamiento cognitivo) permanece inhibida [1].

Un intento para explicar la respuesta al estrés es el «modelo alostático», el cual postula una fluctuación constante de cambios en el organismo para lograr la adaptación y mantener el equilibrio. Es decir que la alostasis cambia los rangos óptimos a fin de adaptar el sistema a las circunstancias. Pero si el estímulo y la alostasis permanecen, traen a largo plazo lo que se conoce como «carga alostática»: se logra un nuevo nivel de adaptación, conllevando un desgaste que es el precio a pagar por acomodarse y funcionar en un nuevo nivel. En este sentido, el estrés sería un mecanismo adaptativo ya que permitiría actuar frente a una amenaza, en dirección de lucha o de huida [1]. Ahora bien, el estrés genera ciertos cambios en el organismo para poder cumplir con dicha función adaptativa y necesaria para la supervivencia.

Es en este último punto donde empieza la interacción con la fertilidad de un modo más directo, ya que a nivel endócrino se producen ciertos cambios, los cuales serán descritos a continuación. El eje HPA es el eje del hipotálamo y de la pituitaria-adrenal, encargado de activar una cascada hormonal tras haber sido expuesto al estrés. En el final de su recorrido, induce la síntesis y liberación de glucocorticoides, entre ellos el cortisol. Durante la respuesta al estrés también se liberan otras hormonas, entre ellas la prolactina (que cumple la función de inhibir la reproducción, entre

otras), la cual es activada por la glándula hipófisis. Pero, así como algunas hormonas se activan, otras se inhiben; este es el caso del estrógeno, la progesterona y la testosterona —hormonas reproductivas—. De manera que la producción de testosterona y de esperma se ven inhibidas. Además, la respuesta al estrés puede generar una dificultad en la erección y hasta eyaculación precoz, producto de la inhibición del sistema simpático.

En las mujeres, la disminución de estrógeno inhibe la ovulación, generando a su vez ciclos irregulares y, en casos extremos, hasta amenorrea anovulatoria. Como los niveles de progesterona también disminuyen, se interrumpe la maduración de las paredes uterinas.

Incluso, en caso de que, a pesar de todo esto, un óvulo sea fecundado, la liberación de prolactina y su interferencia con el accionar de la progesterona pueden hacer que el mismo no se implante. Además, la relación del estrés con las hormonas puede ser aún más compleja e indirecta: por ejemplo, la exposición a un estresor, empeora la cantidad y calidad del sueño en la privación del sueño, las hormonas involucradas en la respuesta de estrés (las sintetizadas y liberadas por activación del eje HPA) se mantienen elevadas, aumentando los niveles de los glucocorticoides en circulación, con los efectos que ya han sido descritos.

En conclusión, se podría pensar que es un círculo vicioso: a mayor estrés, peor calidad del sueño y mayor incidencia negativa del estrés [3]. Es importante destacar que los efectos mencionados —la falta de erección o de aumento de glucosa en sangre— se presentan porque la respuesta de estrés activa, fundamentalmente, al SNA en su rama simpática y al eje HPA. El primero asegura la llegada de sangre y el segundo produce cortisol, el cual se encargará de la llegada de glucosa a los lugares más necesitados (como el cerebro y los músculos) para actuar como combustible [1].

En síntesis, durante la respuesta al estrés, la secreción de algunas hormonas se activa y la de otras, se inhibe. Esta modificación en el funcionamiento hormonal va a interferir de diversas maneras en la fertilidad: menor cantidad y calidad de espermatozoides; ausencia de erección; inhibición de la ovulación; etcétera.

De esta manera, existe cierto consenso respecto a que el estrés, la ansiedad y la depresión pueden contribuir a la infertilidad funcional, dado que se asocian a una menor posibilidad y porcentaje de concebir y a la inversa: los porcentajes de éxito aumentan en aquellas personas que han aprendido a manejar su problemática de forma más eficaz [12]: la tasa de embarazo en personas que reciben apoyo psicológico durante el tratamiento ronda el 50-60%, versus el 20-30% del grupo control [12, 4, 10]. Sin embargo, con niveles de estrés más bajos no sólo la fertilidad mejora, sino que puede reducir el número de ciclos de tratamiento necesarios para lograr el embarazo o hacer innecesario el uso de técnicas más invasivas y, a la inversa, el estrés agudo y crónico puede causar infertilidad o reducir la tasa de éxito de los tratamientos [2].

El rol del psicólogo en los tratamientos de reproducción asistida

Habiendo planteado la interacción entre los sistemas nervioso, endócrino y psicológico, se evidencia que la modificación de uno de ellos afectará a todos los demás. Ante esto se plantea el rol del psicólogo como capaz de aliviar el malestar psicológico, a través de la modificación de creencias disfuncionales que afectan directamente la calidad de las emociones. La terapia cognitivo-conductual otorga un papel central a las creencias, dado que considera que influyen directamente en las emociones y las conductas, constituyéndose como un patrón que determina la forma de interpretar el mundo.

En este marco, el psicólogo se vuelve sumamente pertinente en lo que concierne a los

tratamientos de reproducción asistida, como un agente capaz de disminuir la vulnerabilidad al aliviar el malestar psicológico y emocional. Por otra parte, al brindar herramientas para el manejo de la ansiedad, aporta calidad de vida a los pacientes, involucrados en tratamientos que generalmente duran años. Además puede brindar información de calidad, aspecto central y altamente valorado por los pacientes [13].

Sin embargo, es importante destacar que el psicólogo no es un mero agente de contención emocional, sino un profesional que por su contribución en la disminución del estrés y la ansiedad, puede incidir efectivamente en el tránsito por los tratamientos de fertilidad, favoreciendo el aumento de las tasas de embarazo; la disminución de la necesidad de técnicas más invasivas y/o costosas y la reducción de ciclos de tratamiento para lograr el embarazo; la disminución de la probabilidad de abandono del tratamiento la mejora en la fertilidad funcional; y, por último, la mayor preparación frente a un posible fracaso del tratamiento.

Discusión

Si bien hasta el día de hoy no se dispone de resultados concluyentes respecto a la relación entre estrés e infertilidad, sí se sabe que ambos se interrelacionan y se influyen mutuamente de manera compleja: el diagnóstico y tratamiento de infertilidad generan estrés, así como el estrés puede incidir en la infertilidad, afectando las tasas de éxito de las TRA.

El estrés sería así un factor más junto con muchos otros: los factores psicológicos tienen influencia sobre la salud y la enfermedad, pero de ninguna manera tienen el control completo sobre las mismas, sino que un cambio en las emociones, en los hábitos y en las conductas va a contribuir en una mejora de la salud. Asimismo, tampoco se trata de eliminar las emociones consideradas negativas: la salud mental consiste en que la persona disponga de un grado adecuado de regulación

emocional, lo que significa que pueda comprender y nombrar sus emociones y que experimente aquellas que corresponden en forma plena y en la intensidad adecuada, sin intentar bloquearlas, suprimirlas o prolongarlas de modo disfuncional [7].

De esta manera, considerando que abordar el estrés puede mejorar la fertilidad, reducir el número de ciclos de tratamiento y la tasa de abandono de éstos, el/la profesional de la psicología no sería simplemente un agente de psicoeducación o de contención emocional, sino un/una profesional que puede efectivamente contribuir sobre la fertilidad al aportar herramientas para abordar el estrés.

Por ende, contar con conocimientos más acabados sobre la relación entre estrés como causa y consecuencia de la infertilidad, permitirá un abordaje psicoterapéutico más eficaz, lo cual reviste suma importancia, ya que si la psicología pudiera ayudar a solucionar el problema de infertilidad, debería ser aplicada antes de tomar medidas más invasivas y costosas.

En futuras investigaciones, sería necesario seguir indagando y precisando la relación entre el estrés la fertilidad, para así mejorar las técnicas psicológicas existentes o desarrollar y validar las que están en plena expansión, tales como el *mindfulness*, entre otras.

Referencias

1. Bonet J. Psiconeuroinmunoendocrinología. Cuerpo, cerebro y emociones. Buenos Aires: Ediciones B; 2013.
2. Campagne DM. El estrés, ¿en qué momento del tratamiento médico de la infertilidad debe tratarse? Pap. Psicol [internet]. 2008 [cit. 11-02-2020]; 29(2):197-204. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1586.pdf>
3. Daneri MF. Psicobiología del Estrés [material de cátedra en internet]. Universidad de Buenos Aires; 2012 [cit. 11-02-2020]. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/s090_comportamiento/material/tp_estres.pdf
4. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. Fertil Steril. 2000; 73(4):805-811. PMID: 10731544 DOI: 10.1016/s0015-0282(99)00493-8
5. Domínguez R. ¿Qué sabemos hoy sobre las relaciones entre estrés e infertilidad? Rev Med Clin Las Condes. 2010; 21(3): 463-468. DOI: 10.1016/S0716-8640(10)70559-9
6. Jenaro Río C, Moreno-Rosset C, Antequera Jurado R, Flores Robaina N. La evaluación psicológica en infertilidad: el "DERA", una prueba creada en España. Pap Psicol [internet]. 2008 [cit. 11-02-2020]; 29(2):176-185. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1584.pdf>
7. Keegan E. La salud mental en la perspectiva cognitivo-conductual. Vertex. 2012; 23:52-56.
8. Moreno Rosset C, Martín Díaz D. La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. Ansiedad Estrés. 2009; 15(1):97-109.
9. Muzio R. Estrés y Ansiedad. [material de cátedra en internet]. Universidad de Buenos Aires; 2014 [cit. 11-02-2020]. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/teo%20_estres_ansiedad.pdf
10. Palacios E, Jadresic E. Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Rev Chil Neuropsiquiatr. 2000; 38(2): 94-103. DOI: 10.4067/S0717-92272000000200004
11. Palacios E, Jadresic E, Palacios F, Miranda C, Domínguez R. Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002; 67(1):19-24. DOI: 10.4067/S0717-75262002000100004
12. Regueiro Ávila AM, Valero Aguayo L. Intervención psicológica en un caso de infertilidad femenina. Escr Psicol [internet]. 2011

- [cit. 11-02-2020]; 4(3):27-35. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S1989-38092011000300003
13. Souter VL, Penney G, Hopton JL, Templeton AA. Patient satisfaction with the management of infertility. *Hum Reprod*. 1998; 13(7):1831-1836. PMID: 9740434 DOI: 10.1093/hum-rep/13.7.1831
14. Veiga MC, Puccio MF, Tamburelli V. ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad? Reproducción [internet]. 2013 [cit. 11-02-2020]; 28(3):79-89. Recuperado en: http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2013/vol_3/revision.pdf

Reproducción en nuestra tapa:



Carlos Rottgardt. *The End of the Sky n° 005*, 2019 (técnica mixta, 20 x 15 cm).

Agradecemos a Carlos Rottgardt, artista, docente e investigador (Universidad Nacional de las Artes, Universidad de Buenos Aires, UNA/UBA), la autorización otorgada para la reproducción.

Datos de contacto:

Carlos Rottgardt <jardin_rojo@yahoo.fr>
<http://collagesmecaniques.blogspot.com/>