

INFERTILIDAD, FUENTES DE ESTRÉS Y FACTORES DE RESILIENCIA

(Trabajo presentado en la IV Reunión Internacional de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR). Psicología Aplicada en Medicina Reproductiva 17 y 18 de Marzo de 2004)

Lic. Leticia Urdapilleta

Dpto. Psicología CEGYR
leticiaurdapilleta@hotmail.com

RELACIÓN ESTRÉS-INFERTILIDAD

La relación del estrés con los trastornos reproductivos ha sido, y aún es hoy en día, en algunos foros, objeto de controversias. Los estudios en Psiconeuroendocrinología hoy están demostrando cómo, no sólo el estrés es la consecuencia o **efecto** de la infertilidad y de las situaciones generadas alrededor de su intento de resolución, sino que el estrés es también **causa** de alteraciones de la fertilidad.

Cuando el estrés es la causa, generalmente produce alteraciones hormonales que se reflejan en pacientes que presentan cuadros de: Amenorrea funcional hipotalámica, Oligomenorrea, Anovulación, Fase lútea inadecuada, fallas ováricas, Hiperprolactinemia, alteraciones en cantidad y motilidad del semen, abortos espontáneos, entre los principales.

También la presencia de ciertas condiciones psicológicas pueden alterar el funcionamiento reproductivo en determinados individuos:

- Ciertos trastornos mentales (DSM IV) como: los *Trastornos por ansiedad*, los *Trastorno del Estado de Ánimo*, *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, algunos *Trastornos Sexuales* y *Trastornos Adaptativos*.
- Determinados rasgos de personalidad: fundamentalmente la *Ansiedad* (Sola; asociada a T. de Ansiedad, a T. Adaptativos y a Depresión).
- Sensibilidad del sistema límbico
- Experiencias traumáticas previas
- Inefectividad de estrategias adaptativas
- Carencia de soporte socio-emocional
- Exposición a una fuente productora de estrés externa o interna.

Independientemente del motivo de la dificultad orgánica, todas las personas que atraviesan la experiencia de tener dificultades para lograr un embarazo o

llevar un embarazo a término, sufren, en mayor o menor medida, momentos de estrés, debido tanto a esta dificultad como a los métodos para diagnosticar y tratar su afección. El estrés surge como efecto de la infertilidad. Infertilidad, en este caso definida desde un punto de vista psicológico como: “**Crisis emocional** (con repercusiones cognitivas y conductuales) que atraviesan las personas **durante el tiempo que buscan un hijo** y les cuesta lograrlo”. Estos cambios y alteraciones son independientes de la condición médica (aunque no la excluye).

A modo de ejemplo nombraré diferentes tópicos donde el estrés está presente cuando se sufre de infertilidad.

A. Fuentes habituales de estrés en personas infértiles

- Edad de la mujer
- Tiempos
- Crisis intra e interpersonal
- Aspectos económicos
- Aspectos religiosos/ filosóficos/ éticos
- Entorno familiar y de amigos
- Manejo de la información
- Alteraciones laborales y/o vida cotidiana
- Postergar otros proyectos individuales o de la pareja

B. Estrés de la toma de decisiones

- Elección del médico
- Elección de tratamientos. ¿Quién es el paciente?
- Usar gametas donadas
- Donar gametas
- Criopreservar/ desechar/ donar embriones
- Reducción embrionaria
- Parar los tratamientos
- Adoptar
- Vivir sin hijos

C. Estrés generado por métodos diagnósticos y tratamientos de la infertilidad

Métodos diagnósticos: Cartilla de temperatura basal, Biopsia de endometrio, Test post – coital, Espermograma, Histerosalpingografía, Histeroscopia, Laparoscopia, Biopsia de testículo, Punción de epidídimo.

Tratamientos: Estimulaciones de la ovulación con relaciones programadas, Series de inseminaciones, Cirugías, Inhibición hipofisaria, Alta Complejidad, Donación / recepción de gametos / embriones, Efectos secundarios de los medicamentos.

D. Estrés sobre la sexualidad

Efectos de los métodos diagnósticos y tratamientos:

Condición física alterada: por los diversos procedimientos; las intervenciones quirúrgicas; los tratamientos hormonales

Condición emocional alterada: por la pérdida de privacidad y espontaneidad; por la ansiedad anticipatoria generada por espermogramas, tests postcoitales, etc.; la exigencia de performance a demanda; la alternancia de la frecuencia de demanda de relaciones sexuales con períodos de abstinencia obligatorios.

Efectos de la crisis de la infertilidad

- deterioro identidad
- disminución de la autoestima
- disminución del sentimiento de virilidad
- depresión, culpa, rabia, ansiedad, frustración, y otros estados emocionales desagradables.

Exigencia sobre el vínculo de pareja (especialmente áreas de comunicación y sexualidad)

E. El estrés de los duelos

Los diversos duelos que se les presentan a las personas con trastornos reproductivos se relacionan entre otras cosas, con el efecto que producen los diagnósticos, el fracaso de tratamientos, los abortos espontáneos, los abortos a repetición, los embarazos ectópicos, la muerte perinatal, decidir y/o realizar una reducción embrionaria, la pérdida de embriones criopreservados que no pudieron utilizar, la pérdida de partes del cuerpo (Ej. una histerectomía), la pérdida de la paternidad genética, la pérdida del proyecto de vida (tener hijos, la transmisión genética), la pérdida de calidad de vida, la decisión de parar los tratamientos.

Este tipo de duelos, tiene características particulares que los diferencian de los tradicionales. Esto se debe a que son duelos generalmente “invisibles” a la vista de los demás, por aquellos que no los han sufrido, por lo que son vividos con poco apoyo del contexto. A esto se suma que no hay rituales sociales de transición que favorezca la exteriorización del dolor. Además estos duelos se suelen repetir y son variados en cada persona o pareja sufriendo de infertilidad. Cuando la pareja está en estadios distintos del proceso o tiene capacidades adaptativas diferentes, que suele ser muy frecuente, la situación se puede agravar entre ellos.

F. El estrés del uso de gametas/embriones donados

Decidir tener un hijo con material genético donado de uno o ambos de la pareja requiere de un gran trabajo emocional previo por parte de la pareja. Confrontar previamente las diferencias y evaluar si esta manera de convertirse en padres los va hacer ser felices, conlleva un proceso de varias etapas y con muchas áreas involucradas. De realizar los tratamientos sin haber tomado

conciencia de sus implicancias, puede en el futuro conducir a problemas de difícil resolución. Dentro de los temas a considerar encontramos:

- *Las expectativas que tienen respecto del futuro* en cuanto a sentimientos hacia y desde el niño, si va a tener parecido físico o no a ellos y cuánto les importa esto, cómo va a ser el funcionamiento familiar, tanto de la familia nuclear como la extensa, si sienten que el niño puede ser rechazado o discriminado por el entorno, entre otras.
- *La escasez de recursos sociales* que les brinden tanto información como apoyo.
- Deben realizar el *duelo por la pérdida de la conexión genética*, dejando ir los sueños y fantasías de transmitirle características propias o familiares que esperaban pasar a su hijo.
- Deben evaluar los pro y los contra de que *la/el donante sea conocido o no*, y si además, desean que tenga algún vínculo previo, o un vínculo familiar, pensando en las relaciones interpersonales que las partes puedan tener en el futuro.
- *El anonimato de los donantes* también tiene o puede tener ventajas y desventajas en distintos momentos de la vida de la pareja y luego de la familia, y deben ser contemplados.
- Los temas relacionados a la *Apertura / Privacidad* del modo de concepción del niño a su entorno y a su descendiente mismo.
- La *influencia de opiniones* que el entorno inmediato y social (familia, amigos, religiones, leyes, formadores de opinión) tiene respecto de la donación.
- Los *tiempos de espera* (lista de espera de donantes, encontrar donantes adecuados, tiempos entre cada intento).
- *Temas contractuales*: financieros, relacionales y legales.
- La consideración personal de si su hijo tiene *“múltiples” padres*.
- Las implicancias del *éxito* y del *fracaso del procedimiento*.
- La posibilidad de los *embarazos múltiples* y la de la *reducción embrionaria* y sus implicancias.
- El ser sometidos a *evaluación psicológica*.

G. El estrés de los embarazos múltiples

Las situaciones relacionadas al estrés en los embarazos múltiples, sobretodo aquellos donde los embriones implantados son tres o más de tres, deben evaluarse en distintas etapas y por separado.

En un primer momento las parejas deben enfrentarse a la realidad de los potenciales riesgos físicos y emocionales de llevar adelante este tipo de embarazo. Algunos consideran la posibilidad de la reducción embrionaria, lo cual conlleva también tomar en cuenta el potencial riesgo de perder el embarazo completo y de que puedan aparecer consecuencias emocionales indeseables.

Aquellas parejas que deciden continuar adelante con el embarazo múltiple se enfrentan a:

1. El estrés por los **cambios de su vida habitual**, fundamentalmente por:
 - La enorme carga financiera (incluyendo pérdida de entrada de la madre si trabajaba) que deberán afrontar.
 - La pérdida de la red social. El aislamiento a la que se ven sometidos por las dificultades horarias, estratégicas, financieras, etc. En las que se ven sumergidos, sobretodo en los primeros años.
 - La invasión a la privacidad familiar (ayudantes; familiares) que aunque sea incómoda es imprescindible para ser ayudados en las múltiples tareas cotidianas, y el ser objeto de atención pública cada vez que salen a cualquier sitio con sus hijos.
 - La necesidad de cambiar los espacios (vivienda, auto, cochecitos, cunas, entre otros).
2. Estrés del **nacimiento y días subsiguientes**
 - La casi certeza de que los bebés deberán nacer por cesárea y no parto natural.
 - El hecho de que sus hijos deberán estar en Neonatología por varios días o quizás meses. El estrés propio de las neonatologías, compartiendo muchos días con otros padres y sabiendo que no todos los bebés logran salir vivos, o sanos, de ella.
 - Lo difícil de volver a su casa sin los bebés o con sólo alguno de ellos, tener alguno aún internado y repartir sus tiempos entre todos.
 - La decisión de amamantarlos o no.
3. Estrés del **paternaje de múltiples**
 - La posible prematurez y sus consecuencias.
 - Las necesidades especiales de bebés tan pequeños y discapacidad en los niños.
 - Lo difícil emocionalmente de tener que delegar cuidados básicos de sus bebés a otras personas.
 - Lo arduo de respetar la necesidad de separar “individuos” y no tratarlos como un conjunto (“los trillizos”) para la conformación sana de su identidad.
 - Minimizar al máximo la “ausencia de relación uno a uno” de cada niño con cada uno de sus padres.
 - Favorecer el bienestar de otros hermanos no incluidos dentro del grupo “especial”.

RESILIENCIA

Como se ha descrito, la mayoría de las personas con trastornos reproductivos se ven involucradas en situaciones de mucho estrés. Sin embargo, podríamos diferenciar dos grupos de personas y/o parejas: aquellas que se encuentran muy afectadas por la infertilidad, con sentimientos de impotencia, pesimistas, desesperanzadas, y otras personas que se ven fortalecidas a pesar de las dificultades que el lograr tener su hijo les acarrea.

La pregunta sería, ¿qué diferencia a los dos grupos?, ¿Porqué hay personas que muestran mayor capacidad para enfrentar, resistir y recuperarse de

factores que pueden ser destructivos, y más aún, ser transformados positivamente por circunstancias adversas?, ¿Qué capacidad o cualidad permite o facilita este resultado?

Concepto de resiliencia

La resiliencia, término empleado en la metalúrgica (*Resilience*) como la capacidad de algunos materiales sometidos a una presión deformadora de recobrar su forma, comienza, en los años '80, a ser utilizado en estudio de niños con infancias adversas (abuso, violencia), comprobándose la existencia de una fuerza particular que muchos de ellos tienen para sobrellevar su problemática y aprovecharla como fuente de crecimiento.

Hoy en día se aplica no sólo a niños sino a adultos en situaciones adversas. Se define como "Capacidad de un individuo o de un sistema social de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas". Es un proceso de adaptación, por la interacción dinámica entre múltiples factores de riesgo y factores resilientes, que pueden ser familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afectivos.

La resiliencia conlleva dos elementos básicos: 1° Resistencia frente a la destrucción o la capacidad de proteger la propia integridad a pesar de la presión (superación de las crisis, el dolor, la muerte, situaciones límite)

2° Capacidad de construir o reconstruir su propia vida a pesar de las circunstancias difíciles sociales y/o culturales.

Pilares de la resiliencia

- **Introspección**, arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.
- **Independencia**, saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas, de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento
- **Capacidad de relacionarse**, habilidad para establecer lazos e intimidad con otra gente, para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a los otros
- **Iniciativa**, gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más complejas
- **Humor**, encontrar lo cómico en la propia tragedia
- **Creatividad**, capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- **Moralidad**, consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores; este elemento ya es importante desde la infancia, pero fundamentalmente a partir de los 10 años.
- **Autoestima consistente**, base de los demás pilares y fruto de cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por parte de un adulto significativo

Enfoque de resiliencia

La resiliencia puede ser considerada como un aporte a un **cambio de paradigma epistemológico**, pues:

- De un modelo de riesgo basado en las necesidades, carencias y enfermedad, se pasa a un modelo de prevención y promoción, basándose en las potencialidades y recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor.
- Considera al individuo como agente de su propia ecología y adaptación social.
- En las intervenciones psicosociales, cambia la naturaleza de los marcos conceptuales, las metas, las estrategias y las evaluaciones.

Implicancias terapéuticas en el marco de la resiliencia

La relación terapéutica sirve como medio para acceder y sostener los rasgos de Resiliencia. Los clínicos que trabajen con el marco de la resiliencia evaluarán como la persona se las arregla con su estrés y privación y trabajarán para fortalecer esas estrategias de adaptación.

Evaluación: Recursos de afrontamiento propios (cómo la persona enfrenta sus situaciones estresantes y dificultades)

Metas de intervención: Promoción adaptativa positiva. Prevención de problemas específicos o síntomas.

Estrategias: Buscar promover ventajas y aspectos positivos de la ecología del individuo; Reducir el riesgo o las fuentes de estrés; Buscar promover procesos de desarrollo humano además del tratamiento de la enfermedad.

CONCLUSIONES

La infertilidad suele ser una de las experiencias de vida que más estrés trae a quienes la padecen. Ellos viven situaciones de tragedias o estrés que parecen difíciles de superar pero la realidad nos muestra que muchos de ellos salen renovados y enriquecidos de esas circunstancias adversas.

Para aquellos que no tienen esta capacidad de manera innata, la promoción de la resiliencia es una estrategia terapéutica que no debemos soslayar, dado que al ser un fenómeno multifacético, se puede adquirir, y así lograr que el propio paciente pueda restaurar su equilibrio emocional.

Considerar el enfoque de la RESILIENCIA es aportar al cultivo de una esperanza realista, porque sin negar los problemas, centraremos la atención en las fuerzas y potencial humano, que todos tenemos y podemos capitalizar.

