

El comité editorial encargará al especialista la realización de una publicación original sobre un tema determinado. La revisión tiene como finalidad examinar la bibliografía publicada y situarla en cierta perspectiva. El artículo sintetizará los resultados y conclusiones de las publicaciones sobre el tópico encargado. Mantendrá el siguiente ordenamiento: título de la revisión, autor/es (apellido y nombre, lugar de trabajo, dirección de correo electrónico del contacto), resumen (en castellano y en inglés) y palabras claves.

Las citas bibliográficas deben presentar la estructura detallada previamente en trabajos originales, y numeradas según aparición en el texto. Las tablas, cuadros y figuras deberán llevar el epígrafe correspondiente y deberán ir adecuadamente referenciados en el texto; si es necesario, el autor especificará en qué parte del texto deben ir intercalados. En todos los casos el envío de trabajos, comentarios y publicaciones deberá hacerse por correo electrónico a la dirección de la secretaria de SAMeR: info@samer.org.ar

¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad?

Licenciadas María Cecilia Veiga, María Florencia Puccio, Verónica Tamburelli

Psicólogas. Directoras de ProMamás.

Reproducción 2013;28:79-89

Resumen

El proceso de afrontar el diagnóstico de infertilidad, someterse a tratamientos de reproducción asistida y a múltiples intentos por lograr un embarazo puede constituir un período largo y estresante que pone a las parejas en riesgo de desarrollar problemas de desajuste emocional. La infertilidad es un proceso, y el estrés está presente en cada etapa. Desde el momento del diagnóstico, durante la fase de tratamiento y hasta el momento del resultado, el estrés y la ansiedad influyen, atravesando este problema como causa o consecuencia. La presente revisión tiene como objetivo recopilar algunas de las más destacadas investigaciones realizadas hasta la fecha que abordan la relación entre estrés, ansiedad e infertilidad. Aumentar el conocimiento que, como profesionales de la Salud Mental, podamos tener en esta problemática nos permitirá desarrollar intervenciones terapéuticas más eficaces con una relación costo-beneficio más adecuada.

Palabras claves. *Infertilidad, tratamientos de reproducción asistida; ansiedad, estrés, desajuste emocional.*

Correspondencia: ProMamás

Scalabrini Ortiz 3355, 4° "I". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

E-mail: ceciveiga@gmail.com

fpuccio@hotmail.com

veronicatamburelli@hotmail.com

Which is the relationship between stress, anxiety and infertility?

Summary

The process of coping with the diagnosis of infertility, to start treatments of assisted reproduction, and the multiple attempts to achieve pregnancy, can be a long and stressful period that puts couples at risk of developing problems of emotional imbalance. Infertility is a process, and stress is present in each stage. From the moment of diagnosis, during treatment and until the time of the result, stress and anxiety influence, going through this problem either as a cause or a consequence. The aim of this article is to review some of the most important research carried out up to date, which deal with the relationship between stress, anxiety and infertility. Increasing the knowledge we have on this topic as mental health professionals, will allow us to develop more effective therapeutic interventions, with a more suitable cost-benefit relationship.

Key words. *Infertility, assisted reproduction techniques, anxiety, stress, emotional imbalance.*

Introducción

La infertilidad es considerada una enfermedad por la Organización Mundial de la Salud. El estrés impacta en los pacientes desde

el diagnóstico, el tratamiento (antes, durante y después de los procedimientos de reproducción asistida), y en los repetidos intentos por lograr el embarazo deseado. Este proceso, desde el comienzo hasta su resolución, puede demorar meses e incluso años, durante los cuales las parejas se encuentran en riesgo de desarrollar un alto grado de estrés, ansiedad y desajustes emocionales. Los síntomas psicológicos asociados con el proceso de infertilidad son comparables a los encontrados en pacientes que padecen patologías severas como cáncer o enfermedades cardiovasculares.¹⁷ Por ende, se hace necesaria la aplicación de intervenciones psicológicas eficaces que minimicen este impacto.

El objetivo del presente trabajo de revisión es recopilar algunas de las más destacadas investigaciones realizadas hasta la fecha que abordan la relación entre estrés, ansiedad e infertilidad.

Comenzaremos desarrollando la relación entre infertilidad y estrés, planteando cinco interrogantes que guiarán el recorrido y desarrollo del artículo.

Centraremos nuestra mirada en el concepto de estrés y su relación con la infertilidad, considerando a la ansiedad como su estado anímico negativo relacionado, dejando sentado que muchos trabajos de investigación plantean ambos conceptos en paralelo o los utilizan indistintamente.

En la discusión final, resumiremos los conceptos principales de este artículo, planteando algunas consideraciones a ser desarrolladas en futuras investigaciones.

La relación entre infertilidad y estrés

Se denomina infertilidad a la incapacidad de concebir luego de un año de tener relaciones sexuales sin protección.⁵¹ Estadísticamente, el 90% de las parejas que tiene relaciones sin protección logra el embarazo en el término de un año.

La infertilidad es un problema de salud im-

portante que puede generar un elevado monto de estrés en aquellas parejas que la padecen, ya que tiene implicancias culturales, entre las cuales están involucradas las expectativas sociales y personales del paciente, su pareja y su entorno. Para la mayoría de las parejas que padecen infertilidad y realizan tratamientos de reproducción asistida, el ser padres constituye un importante objetivo de vida que deben lograr para sentir que se desarrollan como adultos y son independientes.³

La incertidumbre acerca de si este importante objetivo de vida tendrá solución, la ambigüedad que muchas veces rodea al diagnóstico y al proceso de tratamiento, la permanente necesidad de tener que tomar decisiones sin saber qué va a suceder, el cambio en la rutina diaria y en los planes de vida, hace que las parejas puedan desarrollar desajustes emocionales, y deban adquirir y poner en funcionamiento estrategias de afrontamiento al estrés.²⁸ La resolución del problema es totalmente incierta, ya que ni la pareja ni el equipo médico que lleva el tratamiento adelante tienen el control acerca del resultado.

Las parejas que padecen infertilidad se encuentran más vulnerables a padecer estrés crónico.³⁴ El estrés relacionado con la infertilidad puede tener consecuencias negativas en la salud mental y física, en la relación de pareja, el trabajo, los aspectos financieros debido a los altos costos de los procedimientos, etc.

El estrés está presente a lo largo de todo el proceso, pudiendo provocar cambios a nivel hormonal, y de manera más indirecta, reduciendo la frecuencia de las relaciones sexuales en las parejas, influyendo en la adherencia a las prescripciones médicas y en la tasa de abandono al tratamiento.

La investigación en torno a la relación entre estrés, ansiedad e infertilidad, se puede agrupar en cinco temas principales:

1. ¿El estrés causa infertilidad?
2. ¿El diagnóstico de infertilidad causa estrés?
3. ¿El tratamiento de infertilidad causa estrés?

4. ¿El estrés influye en el abandono de los tratamientos?
5. ¿El estrés afecta el éxito de los tratamientos por infertilidad?

1. ¿El estrés causa infertilidad?

Existen investigaciones basadas en la hipótesis de que la infertilidad podría ser explicada mediante causas psicológicas.

Los primeros estudios al respecto se apoyaron en la hipótesis psicogénica, cuyo fundamento sostenía que aquellos casos de infertilidad en los que no se encontraban causas orgánicas, se producían por una resistencia inconsciente de la mujer infértil a la maternidad.

Este modelo explicativo fue determinante hasta la década del '80, cuando la medicina reproductiva estaba aún en sus inicios. Por esta razón, todos aquellos pacientes en los que no se podían identificar causas orgánicas de infertilidad, recibían el diagnóstico de "infertilidad psicogénica o idiopática".³⁹ Con el desarrollo de nuevas tecnologías y métodos diagnósticos, el número de casos de infertilidad con causa desconocida disminuyó drásticamente, refutando la teoría de que la infertilidad era causada por variables psicológicas inconscientes.

Paralelamente, alrededor de la década de '70 un grupo de investigadores comenzó a desarrollar otros estudios buscando establecer la relación entre estrés e infertilidad.

En su investigación aplicaron diversas pruebas neuropsicológicas a parejas infértiles (entre ellas el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* -MMPI-, el *Test* de Rorschach, la Escala de Neuroticismo y el *Test* de Apercepción Temática).

Encontraron que no había diferencias significativas en los resultados de los *tests* de las parejas infértiles, con respecto a la población fértil.

Asimismo, estos estudios también demostraron que el estrés experimentado por las pa-

reas infértiles no determinaba necesariamente la presencia de un trastorno psiquiátrico. En aquellos casos en que los *tests* determinaban la presencia de estrés o ansiedad propios de un trastorno, el abordaje psicológico mejoraba la calidad de vida de los pacientes y su percepción de bienestar, pero no revertía el diagnóstico de infertilidad. Estos estudios sentaron bases suficientes que sirvieron para refutar la Teoría Psicogénica.²²

Autores posteriores, resaltando las limitaciones de este primer abordaje teórico, han propuesto un modelo interactivo que sostiene que la infertilidad causa estrés, a la vez que el estrés puede causar infertilidad.¹³

En esta misma línea, otros autores sostienen que factores psicológicos como el estrés pueden influir negativamente en el resultado de la fertilización *in vitro* (FIV) y ser un factor causal de infertilidad.²⁹

Existen numerosas investigaciones que han demostrado que el estrés puede promover cambios a largo plazo en múltiples sistemas neuroquímicos.¹² Como señala Campagne, el estrés influye en las reacciones de diversos ejes neuroendocrinos como son el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), así como también interacciona con otros sistemas hormonales y neurobiológicos, como son el eje hipotalámico-pituitario-gonadal (HPG) o el sistema simpático-adrenal-medular.

Los mediadores del estrés pueden tener tanto efectos protectores como dañinos, dependiendo del curso del tiempo desde su secreción. A largo plazo producen lo que ha sido llamado sobrecarga alostática, significando un cambio en la estabilidad de sistemas fisiológicos importantes con consecuencias negativas que pueden afectar la fertilidad.

Las hormonas del estrés y el eje HPA interactúan con hormonas que afectan la fertilidad de forma directa, como son la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), la prolactina, la hormona leutinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH).

El hecho de que neurotransmisores similares y núcleos dentro del hipotálamo controlen tanto el estrés como la reproducción incrementa las posibilidades de una interferencia recíproca.

Es justamente debido al estudio de la relación entre el estrés y la ansiedad, el eje hipotálamo-pituitario-adrenal y la dificultad para concebir que muchos estudios comienzan a poner el acento en la importancia de la psicoterapia dirigida a entrenar a los pacientes en el manejo de la ansiedad con el objetivo de aumentar las probabilidades de embarazo.^{14,36}

Un estudio de Germaine Buck Louis y col (2011), en donde se miden marcadores salivales del estrés (cortisol y Alfa amilasa) en una muestra de mujeres que están buscando el embarazo, pone de manifiesto cómo el estrés reduce significativamente las probabilidades de concepción durante los días fértiles, posiblemente a través de la vía medular simpática.¹⁰

Siguiendo esta línea teórica e intentando subrayar la importancia de los aspectos psicoendocrinos en la reproducción, se desarrollaron algunas investigaciones que buscaron relacionar trastornos como la anovulación y otros desórdenes del ciclo menstrual, con determinadas condiciones psicológicas.⁵²

Pudieron determinar que las causas de estos trastornos reproductivos no siempre son exclusivas del ámbito orgánico, sino que también hay diversos aspectos psicológicos que intervienen tanto en su génesis como en el mantenimiento y en su posible resolución.

A su vez, como señalan Urdapilleta y Fernández, debemos tener en cuenta que *“el impacto que una condición psicológica aguda o crónica tenga sobre lo orgánico va a estar determinado por la combinación de factores tales como rasgos de personalidad, presencia o no de trastornos mentales, experiencias previas, disponibilidad o no de soporte socioemocional, exposición a una fuente productora de estrés, efectividad de las estrategias de adaptación que la persona implemente frente a la situación es-*

trésante y la labilidad o sensibilidad del sistema límbico”.⁵²

Las interacciones involucradas en el funcionamiento del eje HPG y en su relación con el eje HPA, son sumamente complejas y, por tanto, se carece aún de una comprensión total de estos fenómenos.

Podemos pensar que, dada esta complejidad de interrelaciones, la manera más adecuada de comprender la influencia de los procesos psicológicos en los aspectos reproductivos es considerarlos como parte de una influencia recíproca entre diferentes sistemas (sistema nervioso central, sistema endocrino y aspectos psicológicos).

Algunos autores sostienen que el estrés agudo causado por el problema de fertilidad necesita ser distinguido del estrés crónico no causalmente relacionado con la infertilidad.²⁰

Se entiende por “estrés crónico” a aquel que forma parte de la historia personal de los pacientes antes del diagnóstico de infertilidad. Incluimos aquí también a la ansiedad “rasgo” o propia de la personalidad de dichos pacientes.

Nos referimos como “estrés agudo o procedural” al estrés que es resultado de los tratamientos de reproducción asistida, que genera la ansiedad “estado”, propia del proceso.

El estrés crónico de base afecta a *end-points* biológicos, o sea, a los ovocitos recogidos y fertilizados; pero también afecta al embarazo, al nacimiento vivo, al peso al nacer y a gestaciones múltiples, mientras el estrés agudo sólo influye sobre los *end-points* biológicos.²⁵

A pesar de estas posturas, las investigaciones no son concluyentes a la hora de determinar una relación causal entre estrés e infertilidad, siendo uno de los motivos de esta controversia la heterogeneidad de los criterios de operacionalización y medición del estrés.

La mayoría de las investigaciones sobre la interacción entre el estrés emocional y la infertilidad en los últimos 30 años han demostrado que, aunque la infertilidad causa estrés, el estrés no necesariamente causa infertilidad.¹²

2. ¿El diagnóstico de infertilidad causa estrés?

Gran parte de la vida humana se centra alrededor de la posibilidad de reproducirnos, ser padres y criar hijos. La fertilidad es algo que los seres humanos no cuestionamos *a priori*, lo damos por sentado, consideramos que es algo que podemos controlar y esperamos que la concepción ocurra naturalmente.⁴⁵

Uno de los aspectos de mayor consenso en la investigación es el concepto de que el diagnóstico de infertilidad supone una crisis vital de importante magnitud para las personas que la padecen.⁵³ Cuando los pacientes hacen una consulta a un especialista en medicina reproductiva, el punto central de la consulta es un deseo no cumplido (el de tener un hijo biológico) de una meta que se han puesto en la vida.²⁴

Hablamos de *crisis vital* cuando en la vida de la persona se produce “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”.³¹

La infertilidad representa un impacto estresante en la pareja y una crisis vital porque:

- El problema excede los recursos de afrontamiento de la persona.
- Es un evento estresante que no tiene solución en el corto plazo.
- Es percibido como una amenaza a importantes objetivos de vida.
- La situación de crisis puede reavivar problemas pasados de la pareja que no han sido resueltos.

Quizás el aspecto más distintivo de la crisis que representa la infertilidad es que muchas veces se convierte en una *crisis crónica*.³⁵ A la crisis que representa el diagnóstico, se le suman nuevos eventos estresantes y malas noticias que impiden continuamente la adaptación de las parejas a esta situación (por ejemplo, un embarazo ectópico, la pérdida de

un embarazo, una cirugía laparoscópica de diagnóstico, repetidos fallos en los tratamientos de reproducción asistida, etc).²⁷ De esta manera, la variable mantenedora de esta crisis crónica es la continua frustración del deseo de maternidad/paternidad biológica.³³

La infertilidad comienza a generar estrés con la sospecha de que el embarazo está demorando en llegar, y luego, cuando se confirma el diagnóstico.

El diagnóstico de las causas de la infertilidad no es una etapa fácil de afrontar para los pacientes. Como en toda enfermedad, es una parte fundamental del proceso que determinará el tratamiento a seguir. Los estudios son muchos -algunos invasivos y dolorosos- y la incertidumbre que generan los resultados en cuanto al pronóstico resultan en una etapa de mucho estrés y ansiedad para la pareja.

Mientras no haya un diagnóstico claro que permita elaborar la aceptación del problema, muchas parejas continúan negando la realidad de su dificultad para concebir, atravesando cada ciclo menstrual con sentimientos opuestos: esperanza de embarazo a su inicio y desesperanza cuando llega la menstruación.⁵⁶ Las parejas se someten a altos niveles de estrés cuando transitan ciclo tras ciclo sin lograr el embarazo, esperando que ese mes sea “el mes”, sin lograrlo. Algo que se supone debería ser muy sencillo de conseguir, se convierte en una situación muy estresante.

Entre los factores que influyen en el desajuste emocional y el estrés de las parejas que han sido diagnosticadas con infertilidad, se encuentran los siguientes:

- Alto nivel de incertidumbre y ansiedad acerca del éxito del tratamiento de reproducción asistida.
- Elaboración del duelo relacionado con el diagnóstico de infertilidad y la incapacidad de concebir naturalmente.
- Sensación de falta de control sobre la situación.
- Presiones familiares.

- Estrés marital.
- Dificultades en las relaciones sexuales.
- Baja autoestima.
- Dificultades económicas para afrontar el o los tratamientos por venir.

El estrés no impacta de la misma manera en hombres y mujeres. Si bien hay estudios que sugieren que la experiencia de infertilidad es igual de estresante para hombres que para mujeres,⁸ la mayoría de los estudios que analizan la diferencia entre los sexos muestran que las mujeres presentan mayor nivel de ansiedad y estrés en comparación con los hombres.^{40,57}

Hay estudios que sugieren que esta diferencia de género se debe al diagnóstico y a la etiología de la infertilidad, es decir, a cuál de los miembros de la pareja tiene el factor de infertilidad.

Lee y col, en un estudio de 2001, encontraron que en parejas en donde la infertilidad era debida a un factor femenino, las mujeres experimentaban mayor estrés que los hombres.³⁰ A su vez, estas mujeres experimentaban un nivel mayor de estrés que las mujeres de parejas con factor masculino de infertilidad. Las mujeres con infertilidad debida a factores masculinos, factores mixtos o infertilidad sin causa aparente no reportaron diferencias en comparación con sus maridos en estrés global.

En un estudio de Wischmann y col, se encontró que en parejas infértiles que realizaban consultas psicológicas, las mujeres se caracterizaban por tener altos niveles de estrés.⁵⁵

En la clínica vemos cómo la infertilidad impacta de manera diferente según el género. A nivel social y cultural, las mujeres suelen pensar a la maternidad como un tema prioritario en sus vidas, y cuando se dificulta la concepción, aparecen sentimientos de vacío. Los hombres, en cambio, suelen relacionar erróneamente a la infertilidad con aspectos de la virilidad y la potencia sexual.⁵⁰

3. ¿El tratamiento de infertilidad causa estrés?

Las técnicas de reproducción asistida son, por definición, procedimientos invasivos, en especial las de alta complejidad, como la fertilización *in vitro*, entre otras.^{7,8,11}

Estas técnicas representan avances científicos, tanto tecnológicos como médicos, de incuestionable utilidad para la población general. Sin embargo, los pacientes muchas veces desarrollan expectativas elevadas e irracionales acerca de la eficacia de dichas técnicas, adjudicándoles infalibilidad y teniendo la certeza de que su deseo de ser padres será invariablemente satisfecho por el equipo médico.⁴

La identidad social y personal de muchas mujeres está muy ligada a la maternidad, y poner la fertilidad en manos de un equipo médico, redundando en una sensación de falta de control muy importante. Darse cuenta de que la fertilidad no es algo que uno controla representa una gran demanda psicológica. Los seres humanos estamos acostumbrados a pensar que podemos lograr lo que nos proponemos y creemos que si deseamos tener un hijo, y hacemos todo lo necesario, el embarazo ocurrirá.

En un estudio, Mahlstedt y col (1987) hallaron que el 77% de las parejas infértiles interrogadas en la muestra consideraba que la infertilidad era una experiencia estresante o extremadamente estresante, y que la falta de control era referida por los pacientes como el componente más estresante.³⁴

Esta sensación subjetiva de pérdida de control tiene como consecuencia altos niveles de ansiedad en las diferentes etapas del tratamiento. La incertidumbre está presente en todos los aspectos de los tratamientos, especialmente en lo referente al éxito o al fracaso. La falta de control también se relaciona con la cronicidad, ya que los pacientes perciben un mayor grado de amenaza y una disminución en su autoeficacia para resolver el problema, a medida que el proceso se torna más impredecible y se suceden los fracasos.

Según Ardenti y col, la ansiedad tiene sus

puntos máximos durante la extracción de ovocitos y la transferencia de embriones, llegando a su pico más alto si el resultado es negativo.⁵ Dicho estudio confirma que la fecundación in vitro (FIV) es una experiencia altamente estresante y que compromete emocionalmente al paciente. Muchos autores hablan acerca del “carrousel de emociones” por el que pasan los pacientes durante el tratamiento.

La repetición de los ciclos de tratamientos, debido al fracaso de intentos previos, es otro de los factores de estrés de los procedimientos de reproducción asistida. Los pacientes desarrollan emociones contrapuestas. Por un lado, una “indefensión aprendida”,⁴⁶ por anticipar con ansiedad un nuevo intento fallido. Y por el otro, el gran deseo de lograr el embarazo.³⁸

Berg y Wilson, en un estudio de 1991, evaluaron a 104 parejas que llevaban un año, dos años y tres años en tratamiento médico por infertilidad.⁶ Encontraron que el estrés aumentaba moderadamente durante el primer año, retornaba a la línea de base durante el segundo, pero mostraba un aumento importante pasado el tercer año de tratamiento. Este estudio muestra cómo en el momento del diagnóstico se refleja el estrés agudo y luego, durante el tratamiento a largo plazo, aparece en las parejas una respuesta de estrés crónico.

4. ¿El estrés influye en la tasa de abandono de los tratamientos?

Según Mahlstedt, el estrés y las presiones emocionales son las principales causas de abandono de los tratamientos, porque condicionan la decisión de continuar o no repitiendo otros ciclos de FIV.³⁴

Por otro lado, Peddie y col encontraron que, aunque decidir la finalización del tratamiento era muy difícil para las pacientes, esto les permitía, a la mayoría, aliviar el estrés que les generaba la FIV.⁴²

Domar (2004), y Van den Broeck y col (2009), también encontraron que, en promedio, la carga psicológica era la causa principal

de la discontinuación de los tratamientos por infertilidad.^{18,54}

Olivius y col realizaron un estudio en 450 parejas sometidas a FIV y reportaron una tasa de abandono de tratamiento del 54%.⁴¹ El 26% se debió a la carga psicológica de estrés y un 25% a un pronóstico desfavorable.

En un estudio realizado por Rajkhowa y col se halló que la discontinuación de los tratamientos se debía en un 23% a la falta de recursos para costear los tratamientos, en un 23% a los intentos fallidos, y en un 26% al estrés.⁴³

Varios autores han investigado el impacto que el alto costo de los tratamientos médicos tiene para los pacientes, tanto en el estrés como en la tasa de abandono de los mismos.

Abbey y col demostraron que, para hombres y mujeres, el estrés estaba positivamente correlacionado con el costo y el número de tratamientos recibidos.¹ En otra investigación, Goldfarb y col sugirieron que el principal motivo por el cual las mujeres no realizaban un segundo ciclo de FIV, luego de un primer ciclo fallido, era el factor económico.²¹

Por este motivo, muchas investigaciones hacen hincapié en el beneficio de intervenir con técnicas psicológicas que permitan reducir el estrés, en el inicio del proceso o en el momento de diagnóstico.

El abordaje del estrés en los pacientes podría mejorar la fertilidad, reducir el número probable de ciclos de tratamiento y disminuir la tasa de abandono de los mismos. Por lo tanto, intervenir al inicio implicaría mayor eficacia y menor costo para los pacientes.

5. ¿El estrés afecta el éxito de los tratamientos por infertilidad?

La influencia de distintos factores de estrés psicosocial en el resultado de las técnicas de reproducción asistida ha sido objeto de estudio en los últimos años.

Stoleru y col hallaron que el modo en el que las mujeres sometidas a una FIV perci-

bían la armonía marital relacionada al proyecto de tener un hijo era un factor estadísticamente significativo que predecía el éxito del tratamiento.⁴⁹

Varios estudios sugieren que las diferencias individuales en los modos de afrontamiento al estrés pueden influir en la tasa de éxito de los tratamientos.^{15,36}

En una investigación conducida por Sanders y Bruce se encontró que factores psicosociales asociados al estrés, como tener un empleo de tiempo completo, un estado de ánimo hostil, y altos niveles de ansiedad-rasgo, afectan negativamente el resultado de los tratamientos de infertilidad.⁴⁴

Ebbesen y col encontraron que las mujeres que lograron el embarazo luego de una FIV habían reportado menos eventos de vida negativos que aquellas mujeres que no quedaron embarazadas.¹⁹ Un gran número de eventos vitales que han tenido un impacto negativo sobre la calidad de vida podría indicar estrés crónico. Los resultados de dicho estudio indican que el estrés puede reducir las probabilidades de éxito de la FIV, posiblemente a través de mecanismos psicobiológicos que afectan, por ejemplo, al número de ovocitos obtenidos.

En un estudio de 1990, Domar y col reportaron una disminución en los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de mujeres que se expusieron a un programa de relajación de 10 sesiones, con una subsecuente tasa de embarazo del 34%.¹⁶

Smeenk (2001) encontró que hay una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad-estado, la depresión y la probabilidad de lograr un embarazo luego de una FIV o ICSI.⁴⁸ Es decir, factores psicológicos previos al tratamiento de reproducción asistida pueden afectar el resultado.

En un estudio de 2005, acerca de la influencia de hábitos de vida en el resultado de la FIV, Klonoff-Cohen encontró que fumar tiene una influencia negativa contundente sobre el resultado, mientras que para el estrés la

evidencia sugiere que afecta negativamente el resultado, pero no es concluyente debido a la heterogeneidad de los estudios.²⁶

Otros autores, sin embargo, han encontrado resultados opuestos y no hallaron evidencia de que el estrés afecte el resultado de la FIV.^{2,9,23,32,37}

Discusión

En las últimas décadas se han logrado grandes avances en la medicina reproductiva, lo que ha ido incluyendo y delimitando la participación de diversas especialidades, entre las cuales el rol del psicólogo va cobrando importancia.

Hasta la fecha, no hay investigaciones concluyentes que determinen si el estrés emocional causa infertilidad. Uno de los factores que influye en esta divergencia se relaciona con la heterogeneidad de los criterios de operacionalización y medición del estrés.

Podemos afirmar que el diagnóstico de infertilidad causa estrés, fundamentalmente por la imposibilidad de concretar el deseo de tener un hijo en el corto plazo, la incertidumbre acerca del resultado y el tiempo que conllevará lograrlo.

El diagnóstico impacta de diferente manera en ambos miembros de la pareja, siendo la mujer, generalmente, la más afectada.

El tratamiento genera estrés, principalmente cuando la pareja se enfrenta a varios fracasos y debe repetir los ciclos de tratamiento. El estrés se ve agravado debido al alto costo económico y al impacto emocional que implica tener que tomar la decisión de no iniciar un nuevo procedimiento.

El estrés y la infertilidad coexisten. En algunos casos, el estrés influye en la fertilidad, especialmente cuando causa un deterioro en las relaciones sexuales o en la ovulación. En otros, el estrés es consecuencia del diagnóstico de infertilidad. Las parejas infértiles sufren y les es muy difícil sobrellevar su enfermedad.⁴⁷

Contar con conocimientos más precisos

sobre la infertilidad y su relación con el estrés y la ansiedad permitirá realizar un abordaje psicoterapéutico más eficaz. Esto nos ayudará a poder decidir cuándo y cómo intervenir, optimizando el costo-beneficio del tratamiento psicológico para los pacientes.

Si podemos concientizar a los profesionales que trabajan en medicina reproductiva y a sus pacientes, acerca de la importancia de abordar el estrés como un factor que puede mejorar la fertilidad, reducir el número probable de ciclos de tratamiento y disminuir la tasa de abandono de los mismos, se lograrían intervenciones multidisciplinarias más eficaces.

Es necesario, para esto, entender el rol del psicólogo no solamente como agente de psicoeducación y contención emocional, sino como un profesional que, aportando herramientas para abordar el estrés, podría contribuir directa e indirectamente sobre la fertilidad.

Estudios futuros deberán centrarse en homologar criterios de medición del estrés, y seguir investigando las diversas variables que se presentan en la compleja interrelación entre el estrés, la ansiedad y la infertilidad.

Este artículo fue publicado en el Anuario 2012 de la Revista ANXIA (Publicación anual de la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad).

Referencias

- Abbey A, Halman L, Andrews F. Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertility and Sterility* 1992;57(1):122-128.
- Anderheim L, Holter H, Bergh C y Möller A. Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction* 2005;20(10):2969-2975.
- Anderson J y Alesi R. Infertility counseling. En: Gabor T, Kovacs (Ed.), *The subfertility handbook: a clinician's guide*. Cambridge, United Kingdom: The Cambridge University Press, 1977.
- Antequera Jurado R, Moreno-Rosset C, Jenaro Río C, et al. Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo* 2008;29(2):167-175.
- Ardenti R, Campari C, Agazzi, et al. Anxiety and perceptive functioning in infertile women during in vitro fertilization: exploratory survey in an Italian sample. *Human Reproduction* 1999;14(12):3126-3132.
- Berg B y Wilson J. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine* 1991;14(1):11-26.
- Boivin J y Takefman J. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertility and Sterility* 1995;64:802-810.
- Boivin J, Andersson L, Skoog Svanberg A, et al. Psychological reactions during in vitro fertilization: similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction* 1998;13,3262-3267.
- Boivin J, Griffiths E, Venetis C. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *British Medical Journal* 2011;342:d223.
- Buck Louis G, Lum K, Sundaram R, et al. Stress reduces conception probabilities across the fertile window: evidence in support of relaxation. *Fertility and Sterility* 2011;95:2184-2189.
- Callan V y Hennessey J. Emotional aspects and support in in vitro fertilization and embryo transfer programs. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer* 1988;5:290-295.
- Campagne D. Should fertilization treatment start with reducing stress? *Human Reproduction* 2006;21(7):1651-1658.
- Csemiczky G, Landgren B, y Collins A. The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: Psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 2000;79(2):113-118.
- Demyttenare K, Nijs P, Evers-Kiebooms G y Konickx P. The effect of specific emotional stressors on prolactin, cortisol and testosterone concentrations in women varies with their trait anxiety. *Fertility and Sterility* 1989;52,942-948.
- Demyttenaere K, Nijs P, Evers-Kiebooms G, et al. Coping and the ineffectiveness of coping influence the outcome of in vitro fertilization through stress responses. *Psychoneuroendocrinology* 1992;17:655-665.
- Domar A, Siebel M y Benson H. The Mind/Body Program for Infertility: a new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility* 1990;53:246-249.
- Domar A, Zuttermeister P y Friedman R. The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1993;14(Suppl):45-52.

18. Domar A. Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility* 2004;81:271-273.
19. Ebbesen S, Zachariae R, Mehlsen M, et al. Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study. *Human Reproduction* 2009;24(9):2173-2182.
20. Eugster A, Vingerhoets A J, van Heck G L y Merkus J M. The effect of episodic anxiety on an in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment outcome: a pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2004;25(1):57-65.
21. Goldfarb J, Austin C, Lisbona H, et al. Factors influencing patients' decision not to repeat IVF. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 1997;14(7):381-384.
22. Greil A. Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science Medicine* 1997;45(11):1679-1704.
23. Harlow C, Fahy U, Talbot W, et al. Stress and stress-related hormones during in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction* 1996;11: 274-279.
24. Kantenich H, Introduction. Guidelines for Counselling in Infertility. Monographs of the European Society of Human Reproduction and Embryology 2002;(1):1-3.
25. Klonoff-Cohen H, Chu E, Natarajan L y Sieber W. A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility* 2001;76(4):675-687.
26. Klonoff-Cohen H. Female and male lifestyle habits and IVF: what is known and unknown. *Human Reproduction* 2005;11(2):180-204.
27. Lalos A. Breaking bad news concerning fertility. *Human Reproduction* 1990;14(3):581-585.
28. Lazarus R y Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer; 1984.
29. Lord S, Robertson N. The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2005;23(4):319-332.
30. Lee T, Sun G y Chao S. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction* 2001;16:1762-1767.
31. Lillibridge E, y Klukken P. *Crisis Intervention Training*. Tulsa, OK: Affective House; 1978.
32. Lintsen A, Verhaak C, Eijkemans M, et al. Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Human Reproduction* 2009;1(1):1-7.
33. Llavona Uribe Larrea L. El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del Psicólogo* 2008;29:158-166.
34. Mahlstedt P, Macduff S y Bernstein J. Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer Process. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer* 1987;4(4):232-236.
35. Menning B. The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility* 1980;34:313-319.
36. Merari D, Feldberg D, Elizur A, et al. Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 1992;9:161-169.
37. Milad M, Klock S, Moses S, et al. Stress and anxiety do not result in pregnancy wastage. *Human Reproduction* 1998;13(8):2296-2300.
38. Moreno A, Guerra Díaz D y Baccio G, et al. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 2007; Número monográfico.
39. Mumford K. The stress response, psychoeducational interventions and assisted reproduction technology treatment outcomes: A meta-analytic review. *Theses and Dissertations*. Paper 1173, 2004; Disponible en <http://scholarcommons.usf.edu/etd/1173>.
40. Muñoz D, Kirchner T, Fornis M, y cols. Estresores vinculados a la infertilidad en parejas que inician un tratamiento de fecundación in vitro (FIV). *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* 2009; 5:99-105.
41. Olivius C, Friden B, Borg G and Bergh C. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility and Sterility* 2004;81: 258-261.
42. Peddie V, van Teijlingen E y Bhattacharya S. A qualitative study of women's decision-making at the end of IVF treatment. *Human Reproduction* 2005;20:1944-1951.
43. Rajkhowa M, Mcconnell A y Thomas G. Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human Reproduction* 2006;21(2): 358-363.
44. Sanders K y Bruce N. Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Human Reproduction* 1999;14(6): 1656-1662.
45. Sanjuán Suárez P. Problemas de fertilidad: Estrategias de Afrontamiento y Apoyo Social. *Información Psicológica* 2000;72:30-36.
46. Seligman M. *Indefensión*. Barcelona: Debate; 1975.
47. Schenker J, Meirou D y Schenker E. Stress and human reproduction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1992;45:1-80.

48. Smeenk J, Verhaak C, Eugster A, et al. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction* 2001;16: 1420-1423.
49. Stoleru S, Cornet D, Vaugeois P, et al. The influence of psychological factors on the outcome of the fertilization step of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1997; 18:189-202.
50. Tirado Carrillo M, Dolz de Castellar P. Apoyo psicológico en pacientes que recurren a tratamiento de reproducción asistida con donación de gametos. En: Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad* 2007; Número monográfico, 73-88.
51. Tsaltas J. Introduction. En G. Kovacs (Ed.), *The subfertility handbook: A clinician's guide*. New York: Cambridge University Press; 1997.
52. Urdapilleta L, Fernández D. Aspectos psiconeuroendocrinos de la anovulación y de algunas alteraciones de la reproducción asociadas a condiciones psicológicas. *Revista de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Esterilidad y Fertilidad*, 2002;2(2):12-21.
53. van Balen F y Trimbos-Kemper T. Long-term infertile couples: a study of their well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1993; 14:53-60.
54. Van den Broeck U, Holvoet L, Enzlin P, et al. Reasons for dropout in infertility treatment. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2009;68(1):58-64.
55. Wischmann T, Scherg H, Strowitzki Th, et al. Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counseling. *Human Reproduction* 2009;24(2):378-385.
56. Wright J, Allard M, Lecours A y Sabouring S. Psychosocial distress and infertility: a review of controlled research. *International Journal of Fertility* 1989;34:126-142.
57. Wright J, Bissonnette F, Duchesne C, et al. Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility* 1991; 55:100-108.