



PASOS BÁSICOS PARA EVALUAR LA PAREJA INFÉRIL

Joaquín Idrobo Piquero, M.D. - Ginecólogo Obstetra - Fertilidad

INTRODUCCIÓN

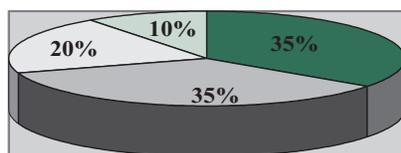
La infertilidad es uno de los problemas más profundos que puede afrontar una pareja, debido a que amenaza numerosos aspectos de su vida personal: la autoestima, los sueños para el futuro y las relaciones interpersonales entre otros, y se podría decir que hay pocas crisis que sean tan demandantes. Aun así, la tensión se enfoca en los aspectos físicos de la infertilidad, y los emocionales frecuentemente se ignoran y no reciben tratamiento, lo que ocasiona mayor sufrimiento a la pareja.

Generalmente, la infertilidad es una de las primeras crisis que la pareja puede enfrentar en su vida matrimonial y puede poner a prueba sus habilidades para comunicarse, además de amenazar su sexualidad de una manera tan impactante como muy pocas dificultades lo pueden hacer. Actualmente se han logrado muchos progresos en el conocimiento del impacto psicosocial de la infertilidad y en el tipo de ayuda a las parejas, para que logren manejar sus sentimientos a través de grupos multidisciplinarios (psicólogo, psiquiatra), pues el manejo integral de la infertilidad debe incluir tanto la parte física como la parte emocional.

¿QUÉ ES LA INFERTILIDAD?

Es la incapacidad de una pareja para lograr el embarazo, luego de un año de relaciones sexuales sin planificación. Aunque en Colombia no hay informes de cobertura nacional sobre la incidencia de este fenómeno, se asume que el porcentaje es similar al que informan casi todos los países desarrollados, el cual está entre 10% y 15%. En la actualidad se encuentran cada vez más parejas que postergan el deseo de ser padres, lo que planean cuidadosamente, al igual que otros aspectos como su educación, profesión, modo de vida y hasta inversiones. Procuran evaluar todos los factores y escoger el mejor momento para tener un hijo, con mayor garantía y seguridad. Pero cuando deciden buscar el bebé, la infertilidad puede aparecer, y retrasar aún más los planes y proyectos establecidos.

CAUSAS DE INFERTILIDAD



- Causas Femeninas
- Causas Masculinas
- Causas Mixtas
- Causas desconocidas

¿QUÉ EVALÚA EL MÉDICO DE FERTILIDAD?

- Historia clínica detallada de la pareja
- Antecedentes ginecoobstétricos y quirúrgicos
- Antecedentes tóxicos y medicamentosos
- Antecedentes personales y familiares
- Examen físico de la mujer

¿CUÁNDO SE DEBE INICIAR UN ESTUDIO DE FERTILIDAD?

En general, se puede afirmar que la imposibilidad de concebir tras un año de relaciones sexuales frecuentes y no protegidas debe ser motivo para evaluar la pareja. Este tiempo no se ha elegido de forma arbitraria, sino que se basa en un estudio clásico en el que se evalúa la posibilidad de embarazo de las parejas fértiles. Según este trabajo, la probabilidad de embarazo de las parejas fértiles es de 20% al mes, llegando a 93% la probabilidad acumulada de embarazo a lo largo de un año.

¿CÓMO INFLUYE LA EDAD DE LA MUJER?

En la mujer, la edad condiciona de forma evidente su capacidad de reproducción. En análisis epidemiológicos sobre poblaciones que no emplean anticonceptivos, se observa claramente una disminución de la capacidad reproductora a partir de los 35 años lo que se hace aún más claro a partir de los 40 años. A estas edades tanto la calidad del óvulo como la capacidad del útero para llevar un embarazo a término se ven afectadas. Muchos exámenes en óvulos no fecundados luego de técnicas in vitro que analizan embriones mediante estudios genéticos han demostrado que la tasa de anomalías cromosómicas aumenta de forma significativa con la edad y esto también se corrobora en el aumento de anomalías cromosómicas en fetos nacidos y en embriones abortados en mujeres de mayor edad.

¿CÓMO AFECTA LA EDAD DEL HOMBRE?

La influencia de la edad del hombre es más confusa. No existen datos suficientes que evalúen el impacto de la edad del varón sobre su fecundidad. Algunos estudios antiguos dicen que 75%

de los hombres menores de 35 años consiguieron embarazar en 6 meses, mientras que la probabilidad de engendrar en este tiempo para hombres mayores de 35 años era tan sólo de 25%.

Estos datos aportan al médico información sobre ciclos menstruales, enfermedades de transmisión sexual, cirugías previas, uniones previas sin embarazo y antecedentes de enfermedades hereditarias en la familia. El examen físico debe ser completo para que ayude a sospechar el origen de la infertilidad.

También se evalúan datos de historia clínica del esposo como antecedentes personales, cirugías, tóxicos, enfermedades de transmisión sexual o hijos en uniones previas, entre otros.

¿AL COMIENZO QUÉ EXÁMENES SOLICITA EL MÉDICO?

Ecografía transvaginal: Esta técnica evalúa útero y ovarios y algunas veces trompas para determinar si hay alteraciones graves. En cuanto al útero da información sobre su tamaño, su anatomía, presencia de miomas o pólipos y estado del endometrio en relación con el día del ciclo. Igualmente muestra si los ovarios tienen alteración (según el día de ciclo que se tome); si hubo o no ovulación; o presencia de quistes.

Histerosalpingografía: Evalúa el útero por dentro e informa el estado de las trompas de Falopio.

Pruebas de hormonas: Muestra de sangre que se toma el día 3 de la regla para ver su función hormonal respecto a los ovarios; se analizan la prolactina y pruebas de tiroideos, pues si se alteran pueden afectar el ciclo menstrual.

Espermograma: Examen que se le solicita al hombre para estudiar los espermatozoides. Evalúa cantidad, movimiento y morfología de los mismos luego de 3 a 5 días sin haber tenido relaciones sexuales.

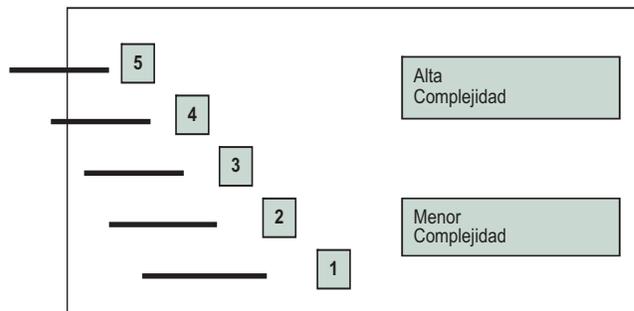
Hay otros estudios que no son de rutina como la laparoscopia, exámenes genéticos, inmunológicos, histeroscopia, histerosonografía o de biología molecular, que sólo se pedirán según la necesidad de cada pareja.

Una vez el médico tenga un diagnóstico lo explicará a la pareja junto con la técnica de reproducción asistida que se ha de seguir.

¿CUÁLES SON LAS TÉCNICAS QUE SE PUEDEN HACER?

1. Relaciones sexuales dirigidas en ciclo espontáneo sin medicación.
2. Estimular con fármacos orales el ovario, monitorear ecográficamente y dirigir la actividad sexual.
3. Inseminación intrauterina (depositar el semen de la pareja preparado en el laboratorio, dentro del útero de la mujer).
4. Fecundación in vitro, que según cada caso puede ser FIV (fecundación in vitro convencional) en caso de obstrucción de las trompas de Falopio, o ICSI (microinyección intracitoplasmática de espermatozoides) en caso de alteración grave de los espermatozoides.
5. Óvulo donado (mujer sana que dona óvulos a otra que no pueda o tenga dañados sus ovarios).

Según las técnicas anteriormente enumeradas, su orden en "escalera" sería así:



¿PRÁCTICAS ADICIONALES CON MAYOR COMPLEJIDAD?

- Útero subrogado (mujer sana que presta su útero a otra que no tiene o no puede embarazarse por enfermedad materna severa).
- Diagnóstico preimplantacional (estudiar los embriones genéticamente antes de ser colocados en el útero de la madre, por enfermedad genética, edad avanzada o abortos de repetición).

Lo importante es hacer un estudio completo para obtener un diagnóstico preciso, realizar exámenes de sangre para descartar enfermedad infecciosa como el virus del SIDA, sífilis, rubéola, toxoplasma, hepatitis B y C entre otros. Y llevar a cabo un asesoramiento preconcepcional a la pareja para evaluar sus riesgos y cómo los afectaría en un futuro embarazo.

¿SON LOS CONFLICTOS PSICOLÓGICOS CAUSA DE INFERTILIDAD?

En las décadas de 1950 y 1960 se afirmaba que alrededor de 40% de los problemas de infertilidad eran atribuibles a causas psicológicas; en la revista *Fertility and Sterility* aparecieron numerosos artículos que relacionaban la infertilidad femenina con conflictos tempranos de la relación madre-hija. Varios estudios postularon que la experiencia de haber sufrido rechazo materno en etapas tempranas del desarrollo producía sentimientos de hostilidad asociados con la idea de maternidad, dificultades de identificación con el rol materno y, por tanto, un rechazo inconsciente al embarazo. Otros estudios analizaban la infertilidad como un cuadro psicósomático. También se hablaba de "infertilidad funcional" como la dificultad para gestar un hijo una "defensa somática contra el estrés del embarazo y la maternidad".

Los avances de la medicina reproductiva para diagnosticar y tratar problemas de infertilidad disminuyeron la frecuencia del diagnóstico de infertilidad de causa desconocida y con ello se abordaron más críticamente las hipótesis psicogénicas. Actualmente la infertilidad de causa desconocida es menos de 5% de los casos. Se podría emitir la hipótesis que los conflictos psicológicos asociados causalmente con la infertilidad, se pueden encontrar en la historia de sujetos fértiles e infértiles; sin embargo, en algunas mujeres pueden adquirir particular significación. Esto se debería justo a la presencia del problema reproductivo, que hace a la persona más vulnerable a los temas de la maternidad y a los efectos de conflictos intrapsíquicos en ese ámbito.

¿QUÉ CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS TIENE LA INFERTILIDAD?

La incapacidad de tener hijos resulta ser una de las experiencias más difíciles que debe abordar el ser humano. Las personas se ven enfrentadas a una crisis que genera angustia y sentimientos de pérdida. Enfrentarse a un diagnóstico y a un tratamiento, produce una sensación de incertidumbre y de falta de control que a menudo disparan respuestas psicológicas diversas, que dependerán en gran medida de los recursos psicológicos personales, la relación de pareja, la comunicación de ésta, el estado de ánimo general y eventos situacionales que pueden agregar componentes estresantes a la situación en sí.

Los estudios psicológicos de parejas infértiles permiten observar que esta condición constituye una amenaza al proyecto de vida de las personas, altera su funcionamiento social, puede afectar la autoestima y, con frecuencia, afecta la vida sexual de la pareja. Estos estudios también ponen en evidencia la diversidad de respuestas psicológicas a la infertilidad. Las consecuencias psicológicas de la infertilidad derivan de la crisis vital que desencadenan las dificultades para concebir o las pérdidas reproductivas a repetición y de los duelos que ello implica.

Es bien conocida la relación entre infertilidad, reacción de duelo y depresión. Algunos estudios apoyan el concepto del impacto de la infertilidad en el funcionamiento psicológico de las personas, y demuestran que la incidencia de depresión entre las mujeres infértiles duplica la observada en la población femenina general.

Se postula que, en muchos casos, la depresión no se puede considerar solamente como una etapa en la evolución del duelo por la infertilidad, sino que constituye un trastorno en sí mismo, asociado con condiciones biológicas y psicológicas que es preciso tratar y que eventualmente contribuiría a la infertilidad.

¿QUÉ SIENTEN LAS MUJERES?

Desde tiempos inmemoriales se ha enfatizado la importancia de la maternidad en el rol de la mujer y la infertilidad se ha visto como una "desgracia". Esta creencia ha provocado que las mujeres infértiles, se sientan devaluadas, menos mujeres, incompetentes con sentimiento de vacío y como si algo les faltará. Las presiones familiares y culturales a menudo despiertan sentimientos de culpa y vergüenza, ya que su autoestima se ve seriamente afectada.

Todas estas creencias no hacen sino generar más angustia y más desesperanza, tanto así que se pierde la confianza en sí mismo, aparecen los sentimientos de inutilidad, es frecuente que su rendimiento en otras áreas como el trabajo disminuya, porque su autoimagen resulta seriamente dañada. Así, de forma paulatina se va aislando, tanto de su familia como de sus amigas, aparecen sentimientos como celos y envidia al ver o saber que otra mujer está embarazada, respuesta muy natural, pero sumamente nefasta, pues se viven con mucha culpa por la persona que los experimenta. Una vez en este estado rápidamente aparecen la apatía y la falta de motivación, así como otros trastornos, la tristeza y la desesperanza se hacen presentes, y aunque su tolerancia al dolor sea mayor que el del

hombre, las mujeres se deprimen con mucha más facilidad. Una de las formas de poder superar esto es compartir y hablar de sus experiencias con otros; por esta razón es importante que las mujeres cuenten con una red de apoyo, en ocasiones puede ser gente no muy cercana, en otras la familia, aunque para el mundo "fértil" resulta difícil entender y comprender lo que se vive. Un programa de manejo integral del problema de infertilidad debe incluir profesionales de la salud mental, para atender este aspecto.

¿QUÉ SIENTEN LOS HOMBRES?

Para los hombres la imposibilidad de embarazar a su pareja, está estrechamente ligada con la masculinidad y la virilidad. Algunos se sienten tan presionados, que su deseo sexual y su desempeño se ven gravemente afectados, su autoestima también se daña, y no soportan la presión de tener que "cumplir" en los períodos fértiles. Casi todos los hombres consideran que tener algún problema para concebir es humillante y devastador. En ellos hay la tendencia a una personalidad más introvertida y a no comentar el problema con nadie; incluso evitan hablar de eso porque el tema también les afecta mucho en su rol de hombres, maridos o parejas. Ellos sufren por dos porque, aunque en general es la mujer la que se ve expuesta a un mayor número de tratamientos (en su gran mayoría molestos o dolorosos), el ver por todo lo que pasa su pareja, aumenta la culpa, la desesperanza y la falta de control. En general el hombre tiende a aislarse, evita cualquier acercamiento al tema, por esto no es raro que se concentre mucho en su trabajo, o en otra actividad, como por ejemplo un hobby. También se deprime, pero lo oculta mucho mejor que la mujer, básicamente por una cuestión social, ya que el llanto o la tristeza, son vistos como señales de debilidad.

RELACIÓN ENTRE ESTRÉS E INFERTILIDAD

No hay trabajos experimentalmente válidos que demuestren que el estrés sea una causa de esterilidad por sí mismo. Sin embargo, sí es un factor asociado en determinadas situaciones, por ejemplo, en la anorexia nerviosa en la que se produce anovulación (no ovula) o, si es suficientemente severo, puede ayudar a una reducción en la frecuencia de las relaciones sexuales.

La experiencia de la infertilidad es más estresante para las mujeres que para los hombres. Al mismo tiempo, se observa el peso que tiene el diagnóstico respecto al nivel de estrés detectado en hombres y mujeres. Los estudios señalan que tanto hombres como mujeres perciben que la infertilidad es más estresante cuando se trata de un factor masculino. Probablemente, en estos casos se combinan varios factores: la infertilidad masculina tiene una connotación social más estigmatizadora que afecta la autoestima del varón y a la vez, debido a su socialización, existe una mayor dificultad para expresar las emociones negativas que el diagnóstico produce. Por su parte, la mujer reacciona con una actitud protectora hacia su pareja, lo cual dificulta también en ella la expresión de sus emociones.

Clínicamente se puede observar que la respuesta de un miembro de la pareja influye la respuesta emocional del otro. Por ejemplo, el desborde emocional de la mujer puede incentivar una reacción evitable del hombre, que, a su vez, estimula una emocionalidad más intensa en la mujer al no

encontrar sintonía afectiva con su pareja. Esto inhibe aún más la expresión de emociones en el hombre, y revela un efecto circular sistémico en cuanto a los estilos de cómo enfrentar el estrés en ambos.

Si bien no se puede afirmar que los conflictos psicológicos o los problemas emocionales produzcan infertilidad, existen diversas formas de reaccionar a esta condición basada en el énfasis de una u otra forma personal de enfrentamiento del estrés, que se desarrolla a partir de las experiencias vitales del sujeto y sus características de personalidad. El resultado es prevenir que las emociones negativas sostenidas en el tiempo desencadenen una depresión u otro trastorno psicológico y eventualmente contribuir a una mejor respuesta al tratamiento.

Casi siempre, tanto el diagnóstico como el tratamiento, afectan de forma crítica cada una de las facetas de la vida de estas parejas. De forma paradójica, las parejas estériles se someten a un régimen médico estresante de visitas continuas, toma de temperatura diaria, medicaciones, intervenciones quirúrgicas y relaciones sexuales programadas.

Debido a la presión de los tratamientos, son capaces de retrasar vacaciones, de no hacer cambios en su profesión, de viajar en busca de soluciones, de renunciar a su vida social, y, en definitiva, de dejar de hacer su vida habitual. La esterilidad supone una carga en la calidad de vida de estas parejas, que afecta de alguna manera su estado emocional, social, físico, ocupacional, e incluso, intelectual.

Existe suficiente sustento a la necesidad de incorporar actividades de educación, consejería y apoyo psicológico en los programas de infertilidad y alguna claridad respecto al tipo de actividades por desarrollar. Una línea de investigación muy interesante en el presente apunta a demostrar que el apoyo psicológico contribuye de modo efectivo, no sólo al bienestar psicológico de los pacientes sino a lograr mejores respuestas a los tratamientos.

¿SE VUELVE ABURRIDA LA SEXUALIDAD SI HAY INFERTILIDAD?

La relación sexual es un proceso íntimo y espontáneo para la pareja, pero que durante un tratamiento de infertilidad, puede tornarse forzada, a la medida del tamaño del folículo, dependiendo del día del ciclo o de una técnica específica a aplicar, lo que lo desvirtúa por convertirlo en ejercicio con el único objetivo de producir un embarazo. Tanto los

procedimientos diagnósticos, como los diferentes tratamientos pueden interferir en la relación sexual de la pareja.

Las demandas del tratamiento de la esterilidad afectan indudablemente a las relaciones sexuales. El sexo cambia de significado, lo que antes implicaba placer se convierte en un trabajo. El sexo empieza a ser determinado por los períodos fértiles, se genera la pérdida de espontaneidad y la exigencia en el rendimiento.

En muchos casos, el sexo se convierte en una experiencia dolorosa por el recuerdo de la imposibilidad para concebir. La tensión que esta crisis implica lleva a situaciones de conflicto en la pareja que influyen sobre el deseo sexual mutuo. Si se practica el sexo controlado o programado se puede perder el romanticismo que la relación sexual lleva en sí.

RECOMENDACIONES

- Debe alimentarse equilibrada y sanamente.
- Evitar contacto con o el uso de tóxicos, fumigantes, y drogas.
- Hacer ejercicio y vivir sanamente
- Recurrir al especialista en infertilidad si luego de un año de relaciones sexuales sin protección no se ha logrado el embarazo.
- El soporte psicológico puede ser un mecanismo de ayuda, tanto individualmente como en pareja. Los profesionales de la salud mental, colaboran con la pareja en la toma de decisiones y ayudan a afrontar las posibles reacciones que se relacionan directamente con el problema de infertilidad o con otras áreas.
- Relajarse durante el tratamiento que se haya decidido llevar a cabo para la infertilidad; es aconsejable practicar técnicas psicológicas de relajación o cualquier otro método para manejar el estrés. El uso de estas técnicas puede ser de ayuda durante y después del tratamiento.
- No esperar mucho el paso de los años para buscar un embarazo, entre más joven sea la mujer más fácil. A mayor edad también son mayores las complicaciones.
- Utilizar la experiencia propia para ayudar a otras personas que se encuentren en una situación igual o parecida. De esta manera se valora todo lo que se ha aprendido durante el tiempo dedicado a buscar una solución al problema de esterilidad.

Procurar tener información fehaciente y evitar pensamientos negativos que le lleven a un mal estado de ánimo

Comité Editorial:

• Dr. Martín Wartenberg
• Dra. Yuri Takeuchi
• Dra. Diana Prieto
• Dr. Pablo Barreto

• Dr. Paulo José Llinás
• Dr. Jaime Orrego
• Dr. Jorge Madrián

• Dra. Marisol Badiel
• Dr. Carlos Alberto Cañas
• Dr. Carlos Serrano Reyes

• Dra. Sonia Jiménez Suárez
• Dra. Karen Feriz
• Enfermera Ma. Elena Mosquera

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali
e-mail: cartadelasalud@fevl.org

Esta publicación de 30.000 ejemplares, es cortesía de



EL PAÍS
El Diario de nuestra gente

FUNDACIÓN VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

FUNDACION AYUDEMOS
ALICE ECHAVARRIA DE GARCES