

*Facultad de Humanidades:*  
*Trabajo Final de Carrera*

---

*Preservación de la fertilidad en pacientes oncológicas:*

*la importancia del acompañamiento psicológico.*

---

Alumna: Milagros Baldassare De Feudis

Matrícula: 402-21037

Carrera: Psicología

E-mail: baldassaremilagros@gmail.com

Turno: Noche

Tutor: Prof. Lic. Alicia Arilla

### *Agradecimientos*

*A mis papás, por haberme acompañado y apoyado durante toda la carrera.*

*A mi abuela, por haberme prendido una velita antes de cada examen.*

*A Paki, por haberme ayudado a repasar cada noche antes de rendir, por bancarme y por sostenerme siempre.*

*A mi hijo, por ser un bebé tan paciente que me acompaña mientras escribo.*

*A Alicia, por tomar mi trabajo contrareloj y ayudarme a hacerlo posible.*

*A la casa de estudios, por estos años de crecimiento, enseñanza y amistades que me llevo.*

## Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>1</b>
<b>Índice</b> .....	<b>2</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>3</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>Presentación del tema:</b> .....	<b>4</b>
<b>Problema de Investigación:</b> .....	<b>5</b>
<b>Relevancia y Justificación:</b> .....	<b>6</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>7</b>
Objetivo General:.....	7
Objetivos Específicos: .....	7
<b>Alcances y Límites</b> .....	<b>7</b>
Alcances .....	7
Límites .....	7
<b>Antecedentes</b> .....	<b>8</b>
Hitos de las TRHA.....	8
Técnicas de Intervención .....	9
<b>Estado del arte</b> .....	<b>13</b>
<b>Marco teórico</b> .....	<b>18</b>
<b>Desarrollo</b> .....	<b>23</b>
<b>Capítulo I: tratamientos oncológicos</b> .....	<b>23</b>
<b>Capítulo II: preservación de la fertilidad</b> .....	<b>26</b>
Vitrificación de Ovocitos.....	29
<b>Capítulo III: la importancia del acompañamiento psicológico</b> .....	<b>32</b>
<b>Conclusión</b> .....	<b>39</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>41</b>
<b>Anexo</b> .....	<b>45</b>
<b>Figura I</b> .....	<b>45</b>
<b>Figura II</b> .....	<b>45</b>

## Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad describir el rol del psicólogo en el acompañamiento terapéutico de la paciente que, frente al diagnóstico e información sobre los tratamientos oncológicos, decide preservar su fertilidad a través de la técnica de vitrificación de ovocitos.

Si bien las nuevas tecnologías han permitido que los tratamientos quimioterapéuticos y de radioterapia propicien la supervivencia de pacientes diagnosticados con cáncer, también tienen consecuencias negativas sobre la reserva folicular de las mismas.

La medicina reproductiva viene ofreciendo desde hace algún tiempo, diferentes opciones para la preservación de la fertilidad en estos pacientes. En los últimos años se ha investigado sobre las opciones de preservación de la fertilidad, siendo la oncofertilidad un subcampo que enlaza la oncología con la investigación reproductiva. Esta especialidad se interesa en pacientes que desean tener la posibilidad de gestar posteriormente al cáncer. De esta forma, la vitrificación de ovocitos permite a las mujeres que han de someterse a tratamientos gonadotóxicos poner a salvo su reserva ovárica.

El cáncer es una enfermedad frecuente y compleja que compromete la supervivencia de la persona que la padece y, por extensión, genera un estrés disfuncional. En este sentido, se fundamentará porque la atención psicológica es de gran importancia y forma parte del cuidado integral de las pacientes oncológicas con deseos de concebir en el futuro.

Palabras Clave: rol del psicólogo, preservación de la fertilidad, vitrificación de ovocitos, tratamientos oncológicos, TRHA.

## Introducción

### **Presentación del tema:**

La enfermedad es un proceso dinámico que parte de la percepción de síntomas o de un diagnóstico, y va cambiando a lo largo del tiempo en función de la patología, del tratamiento y de las respuestas que se le dan a la enfermedad (Morrison y Bennet, 2008). El impacto que tiene una enfermedad sobre un individuo afecta su calidad de vida, siendo esta “las evaluaciones de las experiencias vitales y como se ven afectadas por la enfermedad (...) y tiene que ver con los niveles óptimos de funcionamiento mental, físico y social (...)” (Morrison y Bennet, 2008, p. 467).

Cuando un diagnóstico, como el cáncer, irrumpe en la vida de una persona, el objetivo fundamental, además de lograr la supervivencia de la paciente, debería ser tratar de mejorar su calidad de vida. Muchas veces esta se ve afectada también con malestar y angustia por la incertidumbre, por lo que mantener al paciente informado sobre el avance de su enfermedad y el tratamiento puede ayudar a reducirla. Es decir, que a los problemas emocionales que acompañan el diagnóstico de la enfermedad, se añaden unas consideraciones especiales en relación a una posible futura esterilidad.

Los tratamientos contra el cáncer, como la quimioterapia, la radiación y la cirugía, pueden anular la capacidad de una persona para tener hijos en el futuro, ya que, tras el tratamiento, las pacientes pueden presentar una pérdida del ciclo menstrual permanente, lo que puede indicar una afectación importante del ovario. No obstante, las opciones para que las mujeres tengan hijos después del cáncer han aumentado significativamente en los últimos años gracias al avance de la oncofertilidad, que une la investigación reproductiva y la investigación oncológica para ampliar las opciones reproductivas futuras de las pacientes que lo deseen.

Diversas pacientes oncológicas no están al tanto de los efectos adversos del tratamiento, pero algunas sí lo están y suelen estar preocupadas por cómo afectará su fertilidad. Un apoyo interdisciplinario, en donde el médico y el psicólogo le brinden información sobre alternativas para preservar la fertilidad pueden optimizar las expectativas del tratamiento.

La Sociedad Española de Fertilidad (SEF) (2018) establece que “los tratamientos de preservación de la fertilidad son aquellos en los que el fin, como en las demás terapias reproductivas, es conseguir un embarazo, pero no de forma inmediata sino aplazado en el tiempo” (p. 58). Los tratamientos de preservación de la fertilidad tienen como objetivo preservar gametos (ovocitos en este caso) para que puedan ser utilizadas en el futuro para conseguir un embarazo. Esta necesidad puede aparecer frente a tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas que pueden reducir la capacidad reproductiva.

Las técnicas de reproducción humana asistida (a partir de ahora TRHA) forman parte de los recursos de tratamiento de la fertilidad. Son procedimientos caracterizados por actuar directamente sobre los gametos (ovocitos y/o espermatozoides) con el fin de favorecer la fecundación y el depósito de embriones en el útero (SEF, 2018, p. 33).

La vitrificación de ovocitos es una técnica de criopreservación que se realiza sobre el ovocito, en el que se utilizan sustancias químicas para lograr el congelamiento. Esta técnica consiste en “la realización de ciclo de estimulación ovárica para conseguir recuperar ovocitos que luego se congelarán mediante un proceso específico llamado vitrificación” (SEF, 2018, p. 58). De esta forma, permite que las mujeres pospongan la maternidad de forma eficaz y segura, con tecnología ultra rápida de congelación.

La aplicación de estas técnicas en general requiere de un trabajo interdisciplinario entre médicos ginecólogos, andrólogos, embriólogos y también del personal de salud como enfermeros y psicólogos. El apoyo de estos últimos es de vital importancia, ya que la SEF (2018) menciona que es habitual en estos tratamientos sentir enfado, ansiedad, sensación de engaño, tristeza y sobretodo, estrés.

Scarella Chamy et al. proponen que los profesionales de la salud que tratan a pacientes jóvenes contra el cáncer, deben ser conscientes de los efectos adversos del tratamiento sobre la fertilidad, de las estrategias para minimizar estos efectos y de las técnicas actualmente disponibles. Esto implica informar adecuadamente a las pacientes y sus familias, facilitar la oportuna referencia a un especialista en fertilidad y adaptar los tratamientos oncológicos a los requerimientos de las pacientes en relación a sus deseos reproductivos futuros (Scarella Chamy, Díaz-García, Herraiz, Kliemchen Rodrigues, 2017).

El estrés, la ansiedad, el miedo y la incertidumbre son solo cuatro de las diversas emociones que sienten las pacientes al ser diagnosticadas y al tener que pensar en algo que hasta ese momento no había sido contemplado: su futura maternidad. El objetivo de cambio conductual consiste en ayudar al individuo a responder a cualquier desencadenante de estrés de tal forma que maximice su eficacia a la hora de afrontarlo y hacerlo de forma que le provoque el mínimo estrés posible (Morrison y Bennett, 2008).

### ***Problema de Investigación:***

Siguiendo la línea de distintos estudios, se comprende que tanto el tratamiento del cáncer como la preservación de fertilidad, en este caso la vitrificación de ovocitos, son procesos largos complejos y sobretodo muy estresantes. Por lo tanto, las preguntas de investigación de este trabajo son:

- a) ¿Cómo afectan los tratamientos oncológicos la fertilidad de la mujer?

- b) ¿Cuál es la mejor técnica de reproducción asistida para preservar la fertilidad en pacientes oncológicas?
- c) ¿Qué importancia tiene y que intervenciones realiza el psicólogo en el acompañamiento a las mujeres que pasan por este procedimiento?

### **Relevancia y Justificación:**

En las últimas décadas, la edad promedio del primer embarazo en la mujer ha ido aumentando en forma significativa, debido a múltiples razones de índole cultural, social y económica. Dentro de las técnicas de preservación de la fertilidad, la vitrificación de ovocitos es la más utilizada y eficaz, ya que permite conservar la capacidad reproductiva de la mujer, hasta el momento en que desee el embarazo, con las mismas posibilidades de embarazo, que en el momento en que se vitrifican los ovocitos. Hay una relación directa entre capacidad fecundante de los óvulos y la edad: a mayor edad, menor capacidad fecundante (Carrere, 2010).

Un importante porcentaje de mujeres diagnosticadas con cáncer tiene menos de 40 años y muchas de ellas aun no tenían en sus planes la maternidad. Es por esto que algunos autores refieren que existen tres barreras que impiden el acceso a la preservación y son: la falta de demanda por el propio paciente, que se puede dar por falta de información o falta de deseo de ser madre en un futuro; el desconocimiento sobre las técnicas de preservación; y la ausencia de protocolos que indiquen a los profesionales los pasos a seguir (Alonso García et al., 2018).

Por lo tanto, ante un diagnóstico de cáncer, se recomienda que aparezcan en escena dos figuras: el psicólogo de la unidad de oncología y, si la paciente tiene deseo de ser madre, un psicólogo especialista en reproducción asistida. Por esta razón, se eligió este tema debido a la necesidad de concientizar sobre la importancia de un acompañamiento terapéutico responsable, desde el inicio del diagnóstico y durante todo el tratamiento, en el que la paciente pasa por una serie de estados emocionales diversos que necesitan de la contención de un profesional especializado, como se justificará a lo largo del trabajo.

El modo de abordar la temática será un desarrollo teórico a base de una exhaustiva revisión bibliográfica, consultando principalmente los datos de Google Académico, Scribd, Drive de psicología de la Universidad de Buenos Aires, en las que se han combinado términos claves como “*preservación de la fertilidad*” “*oncofertilidad*” “*reproducción asistida*” “*psicólogo en TRHA*”, entre otras, y además se consultaron los libros y revistas referenciados en el apartado de bibliografía. Esto permitirá exhibir las causas de la elección de esta técnica y las emociones que conlleva, y además llevar a cabo un análisis exhaustivo del tema que demuestre con fundamentación teórica la importancia del acompañamiento terapéutico a lo largo de todo el proceso.

## **Objetivos**

### Objetivo General:

- Justificar la relación necesaria entre las pacientes oncológicas que optan por preservar su fertilidad y un acompañamiento terapéutico especializado que asista a lo largo del tratamiento.

### Objetivos Específicos:

- Registrar cuales son los efectos que tienen los tratamientos oncológicos en la fertilidad de las mujeres.
- Explorar la técnica de vitrificación de ovocitos como tratamiento fundamental para pacientes oncológicas que deseen preservar su fertilidad.
- Sugerir técnicas de intervención para el psicólogo que trabaje acompañando pacientes en la unidad de onco-fertilidad.
- Demostrar lo beneficioso y necesario que puede ser la integración del psicólogo en el equipo interdisciplinario de las pacientes oncológicas que se introducen en las TRHA.

## **Alcances y Límites**

### Alcances

Esta investigación indagará en como los tratamientos de oncología para las pacientes mujeres afecta su fertilidad y se ofrecerá como parte de optimizar su calidad de vida, la preservación de fertilidad (la técnica de vitrificación de ovocitos).

Se tratará de poner de manifiesto como podría ser conveniente el apoyo psicológico durante el diagnostico y tratamiento, en la que se sugerirán técnicas de intervención posibles.

### Límites

Por cuestiones de extensión y especificidad, este trabajo no explorará pacientes hombres, trans, niños o púberes.

Tampoco abordará las razones sociales o personales de las mujeres que preservan su fertilidad.

No se analizarán las demás técnicas de reproducción que no sean la criopreservación, exceptuando alguna mención particular a la FIV sin entrar mucho en detalle.

No se plantearán las cuestiones de esterilidad o infertilidad, ya que en el trabajo se investiga la preservación de la fertilidad, y no las causas o métodos para reproducirse post a un diagnostico de infertilidad.

Y por ultimo, tampoco se investigará sobre el tratamiento psicológico durante el embarazo post criopreservación, como tampoco por posibles abortos o duelos que ocurran luego de someterse a la técnica.



## Antecedentes

En este apartado, el objetivo es mencionar los hitos de la historia en relación a las TRHA, y describir las técnicas de intervención que serán recomendadas en el tercer capítulo para su aplicación.

### Hitos de las TRHA

Tradicionalmente, la mujer estéril ha sido considerada como “una deshonra para los suyos y para ella misma, considerada inferior a la fecunda y como una maldición del cielo o castigos de los dioses” (SEF, 2018, p. 2). La infertilidad es tan antigua como la historia de la humanidad. Por lo tanto, los métodos para “curarla” han existido en todas las épocas y culturas, a lo largo de la historia.

Han pasado ya 246 años desde la primera vez que se experimentó con la reproducción asistida, y 44 años desde el nacimiento de la primera bebé “de probeta”. Desde entonces esta rama de la medicina nunca dejó de crecer.

Podemos resumir la historia de la investigación en TRHA en los siguientes eventos:

En 1776 se produjo el primer “embarazo con ayuda” del que tenemos registro cuando el cirujano Hunter (Londres) tomó con una jeringa el semen un hombre con hipospadia (deformación del pene que hace que al momento de la eyaculación el semen caiga fuera de la vagina) y lo depositó en la vagina de su esposa, obteniendo un embarazo.

En 1779, el científico Spallanzani (Italia), realizó la primera inseminación artificial exitosa en mamíferos. El ya había demostrado anteriormente experimentando con ranas, que los ovocitos sólo se convertirían en renacuajos después del contacto con el semen. Gracias a este experimento se demostró la importancia del espermatozoide en el proceso de la fecundación.

En 1884 el médico Pancoast logró la primera inseminación artificial con semen de donante, caso que hoy sería muy controversial debido a que se realizó sin el consentimiento de la mujer, a quien le inseminaron semen de otro hombre que no era su marido.

En 1866, el ginecólogo Marion Sims (USA) publicó su libro sobre esterilidad, donde incluyó un capítulo sobre la fecundación artificial. En él, describe la supervivencia de los espermatozoides en el moco cervical y vaginal y algunas técnicas muy primitivas para mejorar la acción del semen como fecundante.

En 1890, Heape (Reino Unido) transfirió exitosamente embriones de conejo: recuperó dos embriones al lavar las trompas de una coneja de raza belga fecundada horas antes y luego los transfirió a las trompas de una coneja mestiza. De estos embriones nacieron seis conejos absolutamente normales y de raza belga.

En 1893, se encuentra documentación de que Heape obtuvo casos exitosos de Fertilización in Vitro (FIV) en Rusia.

En 1977 se reportó el primer trabajo exitoso sobre congelación de ovocitos en ratones.

En 1978 luego de numerosos estudios y experimentos de Steptoe y Edwards, nació el primer bebe “de probeta”, esto quiere decir: la primera niña nacida in vitro.

El nacimiento de Louise Brown fue el puntapié inicial para innumerables mejoras en las técnicas utilizadas originariamente, lo que mejoró las tasas de éxito de cada intento.

En 1983 se realizaron las primeras experiencias de donantes de ovocitos.

En 1985 se registra el primer nacido por técnica GIFT.

En 1986 se llevó a cabo la primera aspiración transvaginal de ovocitos. Asimismo, en este año se realizó la primera FIV en nuestro país, concibiendo mellizos.

En 1992 se publica un novedoso sistema, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

La diferencia histórica (102 años) que existe entre el primer espermatozoide criopreservado y el primer óvulo, tiene que ver con una razón biológica: resultó más sencillo congelar una célula pequeña como lo es el espermatozoide, que una célula grande y mucho más compleja como es el óvulo.

### **Técnicas de Intervención**

Las técnicas de intervención que se plantearan en el tercer capítulo no solo son útiles tratando distintos trastornos psicológicos, sino que también ayudan a gestionar mejor las situaciones estresantes de la vida, como son las crisis vitales, malestar emocional y, en este caso, el someterse a tratamientos invasivos.

La Reestructuración Cognitiva es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo-conductual. Consiste en que la paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros (Bados, García Grau, 2010).

El terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989 en Bados y García Grau, 2010). En este sentido, los pensamientos son considerados como hipótesis y el psicólogo junto al paciente trabajan para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles.

La Reestructuración Cognitiva se basa en ciertos presupuestos teóricos:

- a. El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen.
- b. Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros.
- c. Es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos (Bados, García Grau, 2010, pp.3).

Otra de las técnicas de intervención que se plantearán más adelante, es el Mindfulness Basado en la Reducción del Estrés (MBSR por sus siglas en inglés). La utilización de la atención plena como medio para reducir el estrés ha sido promovido por Kabat-Zinn desde la década del 70, pero sus orígenes son mucho más antiguos y emanan de las enseñanzas budistas, según las cuales la atención plena es una “observación sin juicios de valor”, es la capacidad de la mente de observar sin criticar. (Shapiro et al., 2003).

John Kabat-Zinn propone un protocolo para enseñar Mindfulness en el que muestra a través de distintas anécdotas como el programa parece ser eficaz en la reducción del estrés tanto para personas sanas como para personas afectadas por patologías físicas o psicológicas. El propósito principal de la intervención, plantea el autor, es la introducción de la consciencia en la vida para poder romper con los mecanismos automáticos de reacción al estrés y poder introducir respuestas conscientes y voluntarias a los eventos estresantes.

El contenido del Mindfulness ha sido malinterpretado y mal utilizado en muchas ocasiones, debido a que la gente suele confundirlo con una técnica de relajación o de construcción de la mente, cuando en realidad la relajación que trae aparejada es más bien una consecuencia y no su fin último, y es más oportuno hablar de una deconstrucción de la mente y los automatismos que tenemos.

Uno de los principales componentes del Mindfulness es la aceptación. La aceptación del Mindfulness indica dejar que las experiencias sucedan sintiéndolas conscientemente, sin intentar distorsionarlas o negarlas, tomándolas simplemente como lo que son.

En cuanto a la aplicabilidad clínica del MBSR en pacientes oncológicos puede considerarse como pionero el estudio realizado por Carlson y Speca en el año 2000 y desde ese entonces han sido varios los estudios que aplican el Mindfulness en pacientes oncológicos. Los efectos beneficiosos se han constatado en pacientes que atravesaban la fase de tratamiento y en diferentes aspectos psicológicos como el estrés y la rumiación.

Distintos estudios (León 2013, Bertolin Guillen 2015) muestran la eficacia del Mindfulness para la reducción del malestar emocional o para distintos trastornos o condiciones medicas, sobretodo para reducir el estrés y la ansiedad.

En el estudio de León en Barcelona se comparan dos grupos de pacientes oncológicos en los que unos reciben tratamientos basados en el MBSR y otros no; y los resultados muestran como los que la recibieron redujeron su malestar emocional y aumentó su calidad de vida, y si bien los autores del estudio esclarecen que no tiene validez externa este estudio debido a la población pequeña elegida y que puede no ser una técnica de elección para todos los casos o pacientes, los resultados arrojados por este estudio están en consonancia con los demás que evalúan esta técnica (Leon y otros, 2013).

En el estudio de Bertolin Guillen en Madrid, también demuestra los beneficios de las intervenciones con MBSR ya que los pacientes presentaron mayor grado de conciencia plena, mayor atención, bienestar subjetivo, empatía y esperanza, y que disminuyo el estrés y la ansiedad de manera significativa (Bertollin Guillen, 2015).

La Visualización es una de las técnicas mas recomendadas para el tratamiento de pacientes oncológicos. El uso de imágenes mentales en psicoterapia es tan viejo como la historia de la propia psicoterapia (Valiente, 2006). Fue a partir de los años 60, cuando se produce un decidido retorno a la investigación psicológica de las imágenes y de sus aplicaciones terapéuticas.

El oncólogo Carl Simonton y la psicóloga Stephanie Matthews-Simonton, pioneros en el uso de la visualización e imaginación en el tratamiento del cáncer, presentaban las conclusiones de la investigación que ambos habían llevado a cabo con pacientes oncológicos. Su publicación marcaría un nuevo enfoque médico dentro de la relación cuerpo-mente, y ha sido tan replicado que muchos lo llaman “El Método Simonton”.

Efectuando su residencia en Oregon, Simonton observó el hecho de que mientras algunos pacientes morían, otros con prácticamente el mismo pronóstico y tratamiento, se recuperaban. Esto llamó poderosamente su atención y fue cuando comenzó a cuestionarse porqué algunos de los enfermos que afirmaban querer vivir, se comportaban como si no quisieran y, sin embargo, otros pacientes con pocas expectativas de vida, superaban inexplicablemente las estadísticas.

En “Sanar es un viaje” escriben:

“Fueron los pacientes de cáncer —no los médicos ni los psicólogos— quienes hicieron que me interesara por la conexión existente entre el cuerpo y la mente... descubrí que no podía conseguir que los pacientes con un cáncer avanzado siguieran su tratamiento con un espíritu positivo. No veían razón alguna para participar en él, porque no tenían

confianza en su capacidad de recuperarse. Resentían desesperanzados” (Simonton, Henson, 1992, pp. 9).

A pesar de que la Terapia por Visualización es conocida, fundamentalmente, por el uso de la visualización guiada, se trata de un programa de una gran complejidad; centrándose en tres áreas de intervención, emplea diversas técnicas psicológicas (Valiente, 2006)

1. Aceptación inicial realista de la enfermedad, reducción del distrés psicológico (...) y desarrollo de un espíritu de lucha con un estilo de afrontamiento activo frente a la enfermedad
2. Aprendizaje de técnicas psicosomáticas: Relajación progresiva; Expresión de emociones negativas, especialmente ira y el resentimiento; Distracción guiada, comprobación en la realidad y búsqueda de alternativas; Auto-instrucciones; Visualizaciones para la salud corporal a través de imágenes mentales positivas y desarrollo de un guía interno; Trabajo sobre la imagen corporal; Actividades para liberar el estrés; Establecimiento de metas futuras (tres, seis y doce meses); Afrontamiento al temor a la recaída y a la muerte.
3. Implicación de la familia transformándola en un sistema de apoyo grupal tanto a nivel emocional como instrumental (pp. 27)

Por último, la Técnica de Inoculación del Estrés se ha aplicado históricamente a pacientes que van a someterse a una intervención quirúrgica o a exploraciones medicas. Además de brindar información y educación en las habilidades de afrontamiento, es útil aplicar esta técnica para hacer un “esfuerzo complementario” debido a que la situación o procedimiento puede engendrar mas estrés.

Meichenbaum (1987) describió los hechos cognitivos como una forma de dialogo interno que tiene lugar cuando se interrumpe el automatismo del comportamiento de una persona. Estos hechos influyen en la manera de sentir y comportarse de la persona.

De manera mas especifica, esta técnica esta diseñada para:

- Enseñar a los pacientes la naturaleza transaccional del estrés y el afrontamiento
- Adiestrar a los pacientes para que autocontroles pensamientos, imágenes, sentimientos y conductas a fin de facilitar interpretaciones adaptativas.
- Adiestrar a los pacientes en la resolución de problemas y evaluación de resultados.

- Modelar y reproducir las actuaciones reales, la regulación de las emociones y las habilidades de afrontamiento propias del autocontrol.
- Enseñar a los pacientes la manera de utilizar respuestas desadaptadoras como señales para poner en práctica sus repertorios de afrontamiento.
- Ayudar a los pacientes a adquirir conocimientos suficientes, comprensión de sí mismos, y habilidades de afrontamiento que les faciliten mejores maneras de abordar situaciones estresantes inesperadas. (Meichenbaum, 1987, pp. 36)

## Estado del arte

En el contexto posmoderno contemporáneo, muchas mujeres que desean postergar su maternidad, ya sean por cuestiones personales, familiares, de pareja, profesionales o económicas, eligen la congelación de ovocitos para luego realizar un tratamiento de fecundación *in vitro*, lo que les permite tener autonomía para decidir el momento más adecuado para ser madres. Sin embargo, como vimos, estas razones sociales no son las únicas por las cuales una mujer puede recurrir a esta técnica, sino que también se requiere acceso a las TRHA por causa de una enfermedad o diagnóstico que afecte la fertilidad.

Las TRHA “son procedimientos que intentan aproximar en forma artificial el óvulo con el espermatozoide para lograr la fecundación (...)” (Ministerio de Salud, 2015, p. 61). Existen técnicas de alta complejidad y de baja complejidad. Las características de cada situación permiten determinar cuál es el procedimiento más adecuado evaluando la relación entre posibilidades de éxito, complejidad, costos y riesgos.

Por un lado, existen las técnicas de baja complejidad que se dividen en: relaciones sexuales en las que se programan los coitos y la inseminación intrauterina en la que se procesa una muestra de semen que es colocada dentro del útero (inseminación). Para ambas es necesario determinar el momento de la ovulación mediante el control ecográfico.

Por otro lado, están los procedimientos de alta complejidad que consisten en poner en contacto al óvulo y al espermatozoide para lograr la fecundación y el desarrollo embrionario inicial fuera del cuerpo de la persona. Existen dos modalidades: la fecundación *in vitro* (FIV), en que los espermatozoides se ponen en contacto con los ovocitos en condiciones óptimas para facilitar que la fecundación ocurra espontáneamente; y la microinyección espermática (ICSI) que consiste en introducir un espermatozoide en el interior de cada ovocito. Cuando se consigue la fecundación y desarrollo *in vitro* de los embriones, se selecciona el número adecuado para ser transferidos al útero para conseguir un embarazo (Ministerio de Salud, 2015, p. 62 y 66).

La SEF (2012) informó que en las últimas décadas ha incrementado la demanda de tratamientos de fertilidad a nivel mundial. Se estima en la actualidad que unos ocho millones de seres humanos han nacido mediante TRHA y que la infertilidad afecta a una de cada seis parejas a escala mundial, situación que se agrava en los países desarrollados, donde por diversas causas se posterga la maternidad, lo que incide claramente en la mayor utilización de las TRHA, particularmente por parte de mujeres mayores de 30 años, muchas de ellas solteras (Vidal, 2019).

Los avances científicos y tecnológicos han incidido en la realidad social haciendo evidente la necesidad de su regulación jurídica. Cada provincia tiene sus propias reglamentaciones, pero a nivel Nacional las diversas Leyes o Decretos que regulan las TRHA son:

- Ley 26.862 → Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida;
- El Decreto 956/2013 → Reglamentación de la ley 26862;
- La Resolución 1709/2014 → Inclúyanse las Técnicas de Reproducción Médicamente Asistida de Alta Complejidad;
- La resolución 973/2015 → Modificación de la resolución 1709/2014;
- La resolución 1305/2015 → Habilitación y fiscalización de establecimientos de reproducción médicamente asistida;
- La resolución 2190-E/2016 → programa nacional de reproducción médicamente asistida;
- La resolución 1-E/2017 → Procedimientos médicos/etapas incluidos en tratamientos de reproducción humana asistida de alta complejidad (TRHA/AC);
- La resolución 616-E/2017 → Texto de consentimiento informado a ser prestado por toda persona que se someta a tratamientos con técnicas de reproducción humana asistida;
- La resolución 679-E/2017 → Créase en el ámbito del Programa Nacional de Reproducción Médicamente Asistida (PNRMA), el Comité Asesor Ad-Hoc del PNRMA;
- La resolución 1831-E/2017 → Red de Establecimientos Públicos de Reproducción Médicamente Asistida;
- La resolución 1044/2018 → Tratamiento de reproducción médicamente asistida.

La Ley 26.862 es la primera Ley Nacional en Latinoamérica que, teniendo en cuenta que la infertilidad es un problema de salud, asegura el derecho a recibir tratamiento para la misma (Pesce, Perman, 2013). Dicha Ley de acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida es amplia e inclusiva. No discrimina por edad, estado civil u orientación sexual.

Las obra sociales o prepagas deben cubrir 4 tratamientos de baja complejidad y hasta 3 tratamientos de alta complejidad al año. Así lo reglamenta el Decreto 956/13, de acceso integral

a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción medicamente asistida. El mismo establece que:

Se deberá comenzar con técnicas de baja complejidad como requisito previo al uso de las técnicas de mayor complejidad. A efectos de realizar las técnicas de mayor complejidad deberán cumplirse como mínimo TRES (3) intentos previos con técnicas de baja complejidad, salvo que causas médicas debidamente documentadas justifiquen la utilización directa de técnicas de mayor complejidad (Ministerio de Salud, 2013).

La Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) solicita mediante el Código de Ética de Reproducción Asistida (2012) a los profesionales que trabajan en reproducción humana a actuar conforme a la ética y con el debido respeto por la salud de los pacientes y del embrión en todas sus etapas. En el, se establecen pautas para los centros de fertilidad y para los profesionales en medicina reproductiva. En lo que respecta a la criopreservación, los doctores establecen que

- Las personas deben recibir información suficiente sobre la criopreservación y las opciones para el uso y destino de embriones almacenados, y prestar su consentimiento al respecto.
- Las alternativas para el uso y destino de embriones deben ser planteadas desde el momento mismo de la criopreservación inicial y serán válidas para su aplicación en caso de muerte, incapacidad o imposibilidad de contactar a las personas para quienes se han conservado esos embriones. Las opciones incluyen su uso en un tratamiento reproductivo para el participante original, o la donación a otra pareja/paciente para un tratamiento reproductivo.
- Se debe evitar la acumulación de embriones criopreservados, limitando el número de ovocitos que se van a fecundar según el caso.
- Un centro y/o los profesionales intervinientes no deben efectuar un nuevo tratamiento de reproducción asistida a aquella persona o pareja que tenga embriones criopreservados en la misma institución o en otra.
- Quien decida criopreservar gametos o embriones debe, al momento de firmar el consentimiento inicial, dejar establecida su voluntad sobre los posibles destinos de



los gametos o embriones en caso de no utilizarlos para sí mismo o si el centro pierde contacto con él/ella.

- El centro debe asegurar la identidad y seguridad de los gametos y embriones criopreservados.
- El centro debe explicar las opciones para la utilización y el descarte de los gametos y embriones.
- No deben conservarse gametos de una persona muerta o cercana a morir, o de una persona en estado vegetativo post-coma, sin su consentimiento por escrito.
- Si una clínica recibe la notificación de que un titular de gametos ha muerto, debe descartar los gametos, salvo que haya una instrucción previa, clara y atestiguada.
- Deben respetarse los deseos de las personas para quienes se conservan los embriones.
- Si surgiese un conflicto entre los miembros de la pareja y uno de ellos solicitara la continuación de la criopreservación, los embriones serán mantenidos hasta tanto se resuelva la disputa.
- Si mueren ambos miembros de la pareja, deben seguirse las directivas razonablemente expresadas y atestiguadas que ellos hayan dejado.
- No es deseable conservar embriones de manera indefinida. Se debe tener una política clara que limite la duración de esta conservación. Se sugiere no demorar más de cinco años la transferencia uterina de los embriones y mantener una estrecha comunicación con los beneficiarios.
- El centro debe contar con protocolos establecidos para asegurar que la conservación y el manejo de los gametos y embriones cumple con lo establecido por las normas con las que fueron acreditados por SAMeR, por las regulaciones legales existentes y por los consentimientos firmados por los pacientes.

Entendemos que, según la Lic. Salomé Lima (2015), la ética es una disciplina filosófica cuyo objeto de estudio es el comportamiento moral de los hombres. Por lo que se considera de vital importancia para todo profesional que trabaje con pacientes en TRHA, tener en cuenta este Código de Ética.

Los avances en las técnicas de reproducción han proporcionado muchas opciones de preservación de la fertilidad. En los últimos 15 años, una mejor comprensión de la técnica de crioconservación ha dado como resultado mejoras en el método de congelación lenta y la introducción de la vitrificación. Se han dado severos avances en la tecnología de vitrificación, mejorando la eficiencia clínica y la tasa de éxito; se ha reducido la dependencia de las habilidades del operador y se ha elevado la tasa de éxito a un mayor nivel con resultados más homogéneos. Como resultado, la vitrificación se ha vuelto más confiable y la tendencia muestra un incremento definitivo sobre la congelación lenta (Dalvit, 2018).

Hay muchos sistemas de vitrificación disponibles, pero solo el método del Dr. Kuwuyama conquistó el mundo. Kuwuyama creó en un primer momento el método "Criotop" que aseguraba el 90% de supervivencia de los embriones/ovocitos congelados. En este sentido, Dalvit encuentra interesante señalar el siguiente punto: si el 10% de los ovocitos no sobreviven, debe ser porque son los más débiles, sensibles o frágiles... (Dalvit, 2018) ¿y que tipo de ovocitos tiene una paciente con cáncer? probablemente este tipo. Por lo que un 90% de probabilidades no alcanza con pacientes oncológicas, se necesita un protocolo más avanzado. Sin embargo, Kuwuyama continuó trabajando para mejorar esta técnica y en el 2011 logró conseguir el 100% de supervivencia, llamando a su método "Cryotech" siendo este el más seguro, desarrollado y eficaz método de vitrificación.

Basado en la evidencia de los centros de reproducción asistida en todo el mundo y una garantía de 100% de supervivencia, se señala al método Cryotech como el mejor protocolo de hoy en día (Dalvit, 2018).

## Marco teórico

El cáncer es una enfermedad que afecta en diversas medidas a gran parte de la población. Entre las mujeres, según la OMS (2018) el cáncer de mama es el de mayor incidencia seguido por el cáncer del cuello uterino.

Actualmente y gracias a los avances, existen altas tasas de supervivencia para los mismos. Sin embargo, los médicos oncólogos deben informar a las pacientes sobre los efectos de los tratamientos, por si la maternidad estaba en sus planes, para que consideren la opción de preservar su fertilidad antes de comenzar a recibir quimioterapia o radioterapia.

Alonso García, López Vidal y Moya Hernández definen la oncología como “la especialidad médica dedicada al estudio, detección, control y tratamiento de los tumores benignos y malignos. Recientemente se ha introducido el término “*oncofertilidad*”, para los casos de pacientes que desean preservar su fertilidad o gestar posteriormente al cáncer” (Alonso Garcia et al, 2018, pp. 57).

Aunque el principal objetivo de la medicina y la atención sanitaria consiste en mejorar la salud o el tratamiento y cura de la enfermedad, es necesario abordar resultados mas generales de los tratamientos, como el bienestar de los pacientes. En este sentido, podríamos hablar de calidad de vida del paciente, entendiéndola como “la evaluación que hace un individuo de su experiencia vital general en determinado momento” (Morrison y Bennett, 2008, pp. 466) y la calidad de vida relacionada con la salud como “niveles óptimos de funcionamiento mental, físico, social y del papel desempeñado, incluyendo las relaciones, las percepciones de la salud, a buena forma física, la satisfacción vital y el bienestar” (Morrison y Bennett, 2008, pp. 467).

La atención psicosocial de las personas diagnosticadas de cáncer forma parte del cuidado integral de las personas enfermas de cáncer. El abordaje clínico de la infertilidad involucra directamente, entre otros, a los psicólogos ya que son los encargados del estudio de las repercusiones psicológicas o emocionales que puede sufrir un paciente, en este caso cuando enfrenta un tratamiento de reproducción asistida. Ambos psicólogos, el de oncología y el de TRHA, trabajarán de forma complementaria, sin dejar que las funciones de uno y otro se solapen (Alonso Garcia et al., 2018). Refieren que los avances en las TRHA han proporcionado muchas opciones de preservación de la fertilidad, ya que en los últimos 15 años, se mejoró exponencialmente la técnica de crioconservación ha dado como resultado mejoras en el método de congelación lenta y la introducción de la vitrificación.

Parada Muñoz (2006) afirma que históricamente los problemas de fertilidad han sido tratados desde una perspectiva médica, pero que, sin embargo, estos problemas reclaman cada día mayor intervención de equipos interdisciplinarios que permitan una atención integral, debido a que la dificultad para concebir no sólo está asociada a limitaciones biológicas.

Dentro de la historia del rol profesional del psicólogo en el campo de la reproducción humana, se han desarrollado varios modelos de asesoramiento terapéutico (individual, pareja o grupo) y estrategias de intervención (Strauss y Boivin, 2001). El asesoramiento terapéutico puede centrarse en el reflejo de problemas individuales e historia (familiar), la aceptación de la situación, el significado y el impacto de la infertilidad, así como trabajar en vida alternativa y autoconceptos para el futuro, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y estrategias para minimizar la angustia, resolución de problemas y conflictos, y/o problemas específicos como problemas sexuales, maritales y otros problemas interpersonales (Strauss y Boivin, 2001).

La Dra. Diana Guerra Díaz (2009) para la Revista Iberoamericana de Fertilidad remite a las Guías para el Apoyo Psicológico en Infertilidad que propone la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), en las que se recomienda especialmente atender las necesidades psicosociales y emocionales de los pacientes, y distinguen dos tipos de intervención: por un lado, el cuidado centrado en el paciente, en el que hay apoyo emocional o consejo; y por el otro, ayuda psicológica profesional que debe realizar un profesional de salud mental y que debe ser ofrecida sistemáticamente. A saber, se entiende que el objetivo básico es asegurar que los pacientes comprendan las implicaciones de sus opciones de tratamiento, reciban el suficiente apoyo emocional y puedan enfrentarse de manera saludable a las consecuencias de la experiencia de las TRHA.

Hasta la fecha existe una amplia variación del marco teórico sobre los modelos de asesoramiento que va desde la psicoterapia psicodinámica, las técnicas cognitivo-conductuales, la psicoterapia centrada en la solución, la intervención en crisis, hasta el asesoramiento de duelo experiencial del proceso (Applegarth, 1999). Las intervenciones basadas en estos modelos pueden ser diseñadas y aplicadas antes, durante o después del tratamiento, según donde se considere más apropiado (Strauss y Boivin, 2001). Para estar en condiciones de proporcionar asesoramiento de manera planificada y especializada, los profesionales de la salud mental requieren capacitación en terapia o asesoramiento, así como una comprensión profunda de los aspectos psicosociales y físicos de la infertilidad, pudiendo variar estas cuestiones de un país a otro (Corrigan, Daniels y Thorn, 2001).

Los profesionales de la salud mental 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 (Guerra Díaz, 2009). Las crisis normalmente producen una serie de cambios que afectan al mundo interno de la persona con respecto a: las creencias, las actitudes, los sentimientos, y las expectativas.

“Existe un consenso casi unánime entre los profesionales de salud mental acerca de que la esterilidad (...) suele ser proclive al desencadenamiento de una crisis evolutiva en la vida de las personas” (Moreno Sanchez, p. 61)

Pittman (1992) plantea que las crisis son oportunidades que no necesariamente deben ser evitadas, que se presentan cuando un estrés presiona a un sistema y requiere cambios fuera del repertorio usual de este sistema. Podemos evidenciar que una familia está pasando por una crisis cuando las fronteras se aflojan, las reglas y los roles se vuelven confusos, las expectativas y prohibiciones cesan, los conflictos no resueltos son revividos y la tensión entre los miembros de la familia se incrementa.

En este sentido, encontramos que frente a una familia en crisis que se encuentra desorganizada, disfuncional, sin dirección, puede tratar de librarse de este estrés de modo que libere la tensión, pero no solucione el problema (Pittman, 1992).

Una premisa fundamental de esta investigación es que las pacientes que son diagnosticadas con cáncer y se introducen en el mundo de las TRHA, sufren de un estrés que requiere ser evaluado con atención. El estrés es un término muy utilizado y conocido por todos, pero su definición varía mucho según quien escriba. Morrison y Bennett (2008) plantean que se analiza de tres formas: como un estímulo o suceso externo, como una transacción psicológica entre un estímulo y las emociones del individuo, y como una reacción física o biológica. Centrándonos en el tercer tipo de estrés, “estrés como respuesta” se encuentra que esta reacción se manifiesta como una tensión que afecta al cuerpo y también a una potencial enfermedad. Los autores establecen que el estrés depende de la valoración que le den los individuos, esto incluye un estímulo, una cognición y una emoción, por lo que para medir el estrés es necesario medir las valoraciones que hacen los individuos del suceso.

El cáncer se desarrolla lentamente y empieza con una mutación de las células y el desarrollo de neoplasmas que por lo general no son detectables, lo que termina convirtiéndose en tumores (Morrison y Bennett, 2008). Existen muchos tipos de cáncer que varían entre sí según su crecimiento, ubicación, propagación, sensibilidad ante el sistema inmunitario, entre otras, por lo que decir que el estrés afecta a todos los tipos por igual no es lo más correcto, pero si existe evidencia que demuestra como el estrés puede afectar a la mutación de las células tumorales haciendo más lento el proceso de reparación de células.

Lazarus (1993) entiende que el estrés psicológico se debe a un “desajuste desfavorable entre el individuo y su entorno, es decir, cuando existe un desajuste percibido entre las demandas y los recursos que el individuo percibe que tiene en determinada situación” (Morrison y Bennett, 2008, pp. 398). En este sentido, el “enfrentamiento” es el proceso dinámico por el cual el sujeto hace cualquier cosa para reducir el impacto del elemento estresante.

Para este trabajo, se toma como base del marco teórico a la Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) entendiéndola como la fusión de dos modelos teóricos que se encontraron en la aplicación clínica, por un lado, el modelo cognitivo que aporta conocimientos

sobre procesos mentales y por otro el modelo comportamental que aporta estudios sobre el análisis de la conducta. Estos dos modelos entienden la disfunción como un círculo vicioso de emociones que la persona no puede regular, pensamientos distorsionados y como acciones desadaptativas. El objeto de esta terapia es operar sobre los procesos centrales de la organización cognitiva, las creencias, con el programa de la terapia de conducta como principio rector del cambio (Fernández Álvarez, 2011).

Si bien cuando hablamos de un paciente que requiere apoyo o acompañamiento terapéutico por estar enfrentándose a las TRHA no hablamos ni de desorden psicológico ni patología, podemos coincidir con la teoría de la TCC en que se presentan esquemas cognitivos disfuncionales, que regulan la elaboración de la información, y que le dan sentido y significado a la experiencia. Estos esquemas se expresan por medio de pensamientos automáticos y se manifiestan como convicciones y creencias.

La terapia cognitiva de Beck propone que las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y la conducta del paciente. Este tratamiento centra la problemática en el presente y está destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento o conductas disfuncionales (Rodríguez Biglieri y Vetere, 2011). De esta forma, una paciente que se encuentra con un diagnóstico y una decisión para tomar, podría beneficiarse con este tipo de tratamiento ya que implica una colaboración y participación activa tanto del paciente como del terapeuta, esta orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados, se destaca el presente, es educativa, y ayuda a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales.

“La mayor parte de los pacientes se sienten más cómodos cuando saben que pueden esperar de la terapia y comprenden cuáles son sus responsabilidades y las del terapeuta” (Beck, 2000, p.45). Judith Beck establece que es muy importante establecer confianza y *rapport* con los pacientes desde la primera sesión, y que el terapeuta debe transmitir que se preocupa por el paciente, que cree poder ayudarlo y enseñarle a ayudarse a sí mismo, que desea comprender lo que le está pasando realmente y ponerse en su lugar. Además, afirma que muchas veces los pacientes empiezan terapia sin comprender bien de qué se trata, y que en este sentido la terapia cognitiva se diferencia de las demás al ser ordenada y racional, y que los pacientes adquieren herramientas para comprenderse mejor y para resolver problemas por su cuenta (Beck, 2000).

Otro de los pioneros de la terapia cognitiva fue Albert Ellis, quien bautizó su terapia como racional-emotiva (TRE). Tanto Aaron Beck como Ellis explican el sufrimiento a partir de los procesos de pensamiento y los estados emocionales que generan (Fernández Álvarez, 2011). Ellis planteó la TRE como un esquema que se conoce como: A (acontecimiento), B (sistemas de creencias), C (consecuencias emocionales o conducta) y D (discutir las contradicciones). Esto quiere decir que un comportamiento o estado emocional no es una respuesta natural a un evento,

sino que son las creencias personales las que permiten explicar porque las personas reaccionan como lo hacen en cada situación. Por lo tanto, se centra en la conducta para luego trabajar sobre las emociones o vulnerabilidades. La idea es lograr que los pacientes se comuniquen desde un lugar más vulnerable y no desde sus estrategias defensivas. Se enfatiza en los problemas del aquí y ahora de la vida del cliente.

El tratamiento cognitivo tiene una base muy fuerte pedagógica, en la que se crea principalmente una alianza terapéutica, se definen los objetivos, y se interioriza al paciente sobre los principios y procedimientos de la terapia. El dialogo que promueve el terapeuta se basa en el método socrático, caracterizado por preguntas que apuntan a que el paciente se de cuenta de lo que piensa, examine las distorsiones cognitivas, tome conciencia de sus efectos y plantee diferentes opciones que le permitan elaborar planes para desarrollar nuevos patrones de pensamiento (Fernández Álvarez, 2011).

Siguiendo las líneas de Beck (1976) y Ellis (1977), el estrés “es el resultado de una mala interpretación de los sucesos del entorno o de cogniciones que exageran los elementos negativos de los eventos y pierden de vista cualquier aspecto positivo de la situación” (Morrison y Bennett, 2008, pp. 438). Los pensamientos que provocan estrés dan lugar a un incremento de la activación del sistema nervioso simpático, un comportamiento que puede ser mas o menos útil para resolver el problema que esta teniendo un individuo, y a sentimientos de malestar o ansiedad.

El modelo cognitivo conductual entiende que el estrés se encuentra en el individuo, ya que surge de una mala interpretación de los sucesos que le acontecen. Sin embargo, se entiende que el estrés también puede ser desencadenado por circunstancias que son estresantes para la mayoría de los individuos (como, por ejemplo, el diagnostico de cáncer o un proceso de fertilidad), y que no todos lo afrontan de igual manera.

Si bien este marco de la TCC guía el trabajo ya que se considera que el fin del acompañamiento es facilitar que el paciente se sienta comprendido por la explicación del terapeuta y que sea involucrado activamente, se toman conceptos de distintas teorías y autores, como la Psicología de la Salud, de la que tomamos grandes definiciones como el estrés y aplicaciones en el ámbito hospitalario; la Terapia Sistémica de la que tomamos el concepto de crisis vital; los manuales de reproducción asistida, sociedades de fertilidad, organizaciones de oncología. Esto es debido a que no fue posible encontrar una teoría exclusivamente aplicable a la investigación realizada, ya que requiere integrar distintas teorías y distintas disciplinas (como la medica).

## Desarrollo

### **Capítulo I: tratamientos oncológicos**

La preservación de la fertilidad estuvo dirigida a las pacientes oncológicas por muchos años, pero no fue hasta en los últimos años que se empezó a prestar especial atención a los problemas reproductivos que se podían tener después de someterse a un tratamiento oncológico. Es por esto que las guías clínicas actuales recomiendan a los oncólogos le esclarezcan sobre esto a las mujeres que están por someterse a un tratamiento, para que puedan contactarse (si así lo desean) con un especialista en medicina reproductiva, o que puedan tener la información completa sobre los cambios que están por recibir en su cuerpo, para poder garantizar así, su derecho a la autonomía (França Tarragó, 2012). Es importante que la paciente reciba la suficiente y adecuada información antes de tomar una decisión.

Es importante considerar que la vitrificación debe autorizarla un oncólogo para valorar si se dispone del tiempo suficiente para llevar a cabo la estimulación sin riesgos.

En nuestro país, encuestas (GloboCan 2020) del año 2020 encontraron que Argentina se posiciona dentro de los países del mundo con incidencia de cáncer media alta, habiendo sido detectados ese mismo año 130.878 casos nuevos de ambos sexos. En relación a América Latina, Argentina subió dos puestos desde el 2018, ubicándose en quinto lugar (hablando de frecuencia), repartiendo estos nuevos casos en un 47,3% en hombres y un 52,7% en mujeres. En las mujeres, el cáncer mas frecuente es el de mama, seguido por colonrectal y en tercer lugar de pulmón.

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres en todo el mundo. En Argentina se registran más de 18700 casos/año. Representa el 36% del total de casos de cáncer en mujeres, con una incidencia de 71 casos cada 100000 mujeres (AAOC, 2019, p.32-33). La detección temprana mediante tamizaje poblacional con mamografía, junto a mejores estrategias de tratamiento tanto de la enfermedad localizada como en estadios avanzados, han demostrado disminuir la mortalidad en forma significativa.

Los tratamientos oncológicos “son procedimientos que se realizan para curar, encoger o detener la propagación de un cáncer” (Mayo Clinic, 2021). Se encuentran disponibles muchos tratamientos. Las opciones dependerán de diversos factores, como el tipo y el estadio del cáncer, la salud general y las preferencias del paciente. Se deben revisar los beneficios y los riesgos de cada tratamiento para determinar cuál es el mejor. Mayo Clinic, una entidad sin fines de lucro dedicada a la investigación, educación y clínica, enumera las distintas opciones del tratamiento oncológico:

- **Cirugía:** El objetivo de la cirugía es extirpar el cáncer por completo o en la mayor medida posible.



- **Quimioterapia** La quimioterapia utiliza medicamentos para destruir las células cancerosas.
- **Radioterapia** La radioterapia utiliza haces de energía de alta potencia, como los rayos X o los protones, para destruir las células cancerosas. La radioterapia puede provenir de una máquina que se encuentra afuera de tu cuerpo (radioterapia con haz externo) o se puede colocar dentro del cuerpo (braquiterapia).
- **Trasplante de médula ósea** La médula ósea es el material dentro de los huesos que fabrica células sanguíneas a partir de las células madre de la sangre. En un trasplante de médula ósea, también conocido como un trasplante de células madre, se pueden usar tus células madre o las de un donante. Un trasplante de médula ósea le permite al médico utilizar dosis más altas de quimioterapia para tratar el cáncer. También se puede utilizar para reemplazar la médula ósea afectada por la enfermedad.
- **Inmunoterapia** usa el sistema inmunitario del organismo para combatir el cáncer. El cáncer puede sobrevivir sin ser detectado en el cuerpo debido a que el sistema inmunitario no lo reconoce como un intruso. La inmunoterapia puede ayudar al sistema inmunitario a "detectar" el cáncer y atacarlo.
- **Terapia hormonal** Algunos tipos de cáncer se ven potenciados por las hormonas del cuerpo. Eliminar esas hormonas del cuerpo o bloquear sus efectos puede detener el crecimiento de las células cancerosas.
- **Tratamiento farmacológico dirigido** se enfocan en las anomalías específicas presentes en las células cancerosas que les permiten sobrevivir.
- **Crioablación** Este tratamiento destruye las células cancerosas con frío. En la crioablación, se inserta una aguja delgada con forma de varilla (criosonda) a través de la piel y directamente en el tumor canceroso. Se bombea un gas en la criosonda a fin de congelar el tejido. Luego, se deja descongelar el tejido. El proceso de congelación y descongelamiento se repite varias veces durante la misma sesión de tratamiento para destruir las células cancerosas.
- **Ablación por radiofrecuencia** utiliza energía eléctrica para transmitir calor a las células cancerosas y destruirlas. En la ablación por radiofrecuencia, un médico guía

una aguja delgada a través de la piel o una incisión y hacia el tejido canceroso. Se pasa una corriente eléctrica de alta frecuencia a través de la aguja, lo que calienta los tejidos, y se destruyen las células cercanas.

- **Ensayos clínicos** Los ensayos clínicos son estudios para investigar nuevas formas de tratar el cáncer. Hay miles de ensayos clínicos para el cáncer en marcha. (MayoClinic, 2021)

Como se mencionó anteriormente, la combinación de ciertos tratamientos oncológicos (como la quimioterapia y la radiación) tienen efectos negativos sobre la fertilidad de la mujer.

Por un lado, la quimioterapia combina alquilantes y derivados del platino que pueden ser gonadotóxicos. Esto implica que pueden afectar los folículos primordiales o producir una lesión en las gónadas de alcance variable.

Por su parte, la radioterapia causa una disminución del número de folículos antrales dependiendo de la dosis empleada, la edad de la paciente, el tiempo de exposición y el tipo de radioterapia (Alonso García et al., 2018). El Dr Hector Perez Campos y otros, establecen que los ovarios son muy sensibles a la radioterapia y que existe un modelo de gonadotoxicidad relacionado a la edad: para los 18 años una dosis “esterilizante” es de 18 Gray (Gy) y para los 30 una dosis de 14 Gy. Sin embargo, dosis menores también pueden producir efectos esterilizantes, como una falla ovárica precoz. Con una dosis de 2 Gy se destruyen 50% de los ovocitos (Perez Campos et al, 2007). Además, tiene importancia el lugar donde se aplica la radioterapia, siendo especialmente peligrosa la radiación cerca del ovario, como lo son las zonas del abdomen, pelvis y espinal.

Los autores confirman que es primordialmente peligrosa la combinación radio-quimioterapia, ya que encontraron en un estudio que el 42% de las pacientes afectadas por ambos tratamientos eran menopáusicas a la edad de 31.

Las opciones para preservar la fertilidad para una paciente oncológica son variadas. Se puede recurrir a la vitrificación de ovocitos, a la vitrificación de embriones, transposición de ovarios (que consiste en encontrar una nueva ubicación para el ovario en el propio cuerpo de la paciente), congelación de tejido ovárico (que implica la congelación temporal de tejido ovárico con el fin de preservarlo de los efectos gonadotóxicos y poder reimplantarlo en un futuro a la paciente, restaurando su función ovárica) y maduración ovocitaria in vitro (que implica madurar in vitro los ovocitos inmaduros). Actualmente la vitrificación de ovocitos y embriones son los métodos de preservación de la fertilidad que se mas utilizan en las clínicas de reproducción asistida y están catalogados como los mas eficaces y seguros (Alonso García et al, 2018).

Sin embargo, el Dr Perez Campos y otros (2007), encuentran en su estudio que “la mejor forma de preservar la fertilidad en una mujer joven que va a recibir tratamiento quimioterápico gonadotóxico es criopreservar embriones u ovocitos para su posterior transferencia”.

En resumen, el impacto que produce la palabra “cáncer” sobre el diagnosticado y su entorno es enorme; es tal que puede llegar a ocasionar graves distorsiones emotivas, afectivas y hasta psicológicas... Una de las cuestiones mas abordadas por los profesionales es el estrés, y como éste, aunque no sea la causa primaria del cáncer, si constituye una circunstancia responsable de la aparición y desarrollo del mismo. El estrés esta involucrado de manera significativa tanto en el desarrollo y diagnostico del cáncer, como en el ámbito de las TRHA, en donde hay mucha incertidumbre. Es por esto que el abordaje terapéutico es necesario para asistir a las pacientes que se enfrentan a este “nuevo mundo”.

## **Capítulo II: preservación de la fertilidad**

Con el correr de los años, la dotación de óvulos con los que nace una mujer va desapareciendo. No solo baja la cantidad, sino que la calidad va empeorando.

La reserva ovárica es la cantidad de ovocitos que tiene una mujer en el momento actual y viene programada por su propia genética desde la infancia, en la que existen en el ovario millones de folículos primordiales que se irán perdiendo de forma progresiva y se agotarán hacia aproximadamente los 50 años, cuando se acerque la menopausia. (Alonso García y otros, 2018). Sin duda, la calidad de ovulos es dependiente de la edad, ya que lo podemos ver reflejado en los resultados de las técnicas de fertilización asistida de alta complejidad, en el cual las mujeres menores de 35 años presentan tasas de embarazo con FIV que rondan el 40%, después de los 40, bajan al 15%, y pasados los 43, al 1%. Como el número de ovocitos disminuye con el tiempo, la calidad de los ovocitos también se reduce y, finalmente, alcanza un umbral crítico por debajo del cual el embarazo ya no es posible (Cobo et al., 2016).

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) recomienda a los pacientes con cáncer analizar el riesgo de infertilidad y las opciones de preservación de la fertilidad con sus médicos lo antes posible antes de comenzar el tratamiento.

La estimulación ovárica controlada es el primer paso para poder hacer un tratamiento de TRHA. Es un tratamiento medico dirigido a estimular los ovarios para alcanzar el desarrollo de varios folículos maduros que a su vez permitan conseguir el numero máximo de ovocitos (Ruber, 2020).

La estimulación debe comenzar entre el 1er y 3er día de la menstruación, con una previa ecografía vaginal para comprobar que el ovario está en reposo. Muchas veces para esto se suele administrar anticonceptivos. A partir de esto, se administra 1 inyección diaria que se realiza administrando hormonas gonadotrópicas por debajo de la piel según las dosis y duración del tratamiento, por lo que la cantidad de inyecciones y duración dependerá del protocolo aplicado (que puede ser largo o corto) y depende del caso a caso.

Este tratamiento suele durar entre 8 y 13 días. La finalidad es lograr la maduración de varios folículos a la vez en los ovarios para aumentar el número de ovocitos, por lo que en las TRHA lo que se pretende imitar es lo que ocurre en el ciclo menstrual natural, pero a mayor escala. Además, la estimulación ovárica es bilateral, esto quiere decir que los folículos crecen en ambos ovarios.

El proceso de la estimulación puede generar angustia en las pacientes, debido al miedo de equivocarse administrando la medicación y también por el hecho de estar teniendo que pincharse una o dos veces al día. Además, se sufren pequeñas molestias como hinchazón y retención de líquidos, y también puede ir en contra de la rutina diaria de la persona, como por ejemplo alguien que suele ir al gimnasio y levantar pesas (ir al gimnasio siempre y cuando el médico lo autorice está permitido, pero no se puede levantar peso), o para una persona que vive lo más natural y orgánico posible, estar inyectándose hormonas va en contra de sus ideales, o muchas personas que sufren de miedo a las agujas, etc. Incluso hay algunos centros que desaconsejan las relaciones sexuales debido a que los movimientos bruscos podrían provocar la torsión ovárica. Sin embargo, la estimulación ovárica es muy segura ya que las hormonas administradas son las que la mujer produce de forma natural en un ciclo menstrual (Coroleu et. al).

Dentro de las opciones para las mujeres se incluyen para las que pueden someterse a estimulación ovárica: la criopreservación de ovocitos o embriones, y para pacientes que no pueden, se mencionan la supresión ovárica, la criopreservación del tejido ovárico, la transposición ovárica, entre otras que no son motivo de discusión en este trabajo.

Para asegurar el acceso a esta (u otras) técnicas, existe la ley 26.862 (2013) que se ocupa de reconocer el derecho a la cobertura integral de las técnicas y procedimientos de reproducción humana asistida de baja y alta complejidad, independientemente del tipo de cobertura de que se trate (obra social, prepaga o cobertura exclusiva del sector público de salud). El artículo 8, respecto de la cobertura, establece que:

El sector público de salud, las obras sociales (...), las entidades de medicina prepaga (...), así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, incorporarán como prestaciones obligatorias y a brindar a sus afiliados o beneficiarios, la cobertura integral e

interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas (...) de reproducción médicamente asistida, los cuales incluyen: a la inducción de ovulación; la estimulación ovárica controlada; el desencadenamiento de la ovulación; las técnicas de reproducción asistida (TRA); y la inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con gametos del cónyuge, pareja conviviente o no, o de un donante, según los criterios que establezca la autoridad de aplicación.

Si bien la Ley esta clara con respecto al derecho a la Reproducción Asistida, muchas obras sociales y prepagas se aferran al hecho de que no menciona explícitamente varias técnicas (como la criopreservación) para no cubrirla. Hay muchas demandas de pacientes a las coberturas, y casi siempre terminan siendo obligadas a cumplir.

Antes de cualquier Ley, existe el Principio de Dignidad de la persona, que es la base de los DDHH y a partir de la cual surge la noción de Autonomía (França Tarragó, 2012), que es lo que tratamos de respetar brindándole la información correcta y dejando la decisión en manos de la paciente, y se configura como el derecho que tiene cada persona a trazar su propio plan de vida (sin afectar a terceros), y por lo tanto se proscribe que el Estado participe en este plan de vida autónomo.

Por lo tanto, podríamos asumir que concebir hijos es parte del derecho de las personas a respetar su Autonomía y Dignidad Humana. Entonces, el Estado o los distintos actores (coberturas) no pueden intervenir en este plan de vida. Es por esto que los fallos siempre terminan siendo a favor de los demandantes, ya que el Estado no solo que no deben interferir, sino que a juzgar por el contenido de la poca regulación que existe en la materia, la ley 26.862 no solo manda a no interferir con el plan de tener hijos por el que las personas puedan optar, sino que favorece que ese plan -en caso de tenerse- pueda ser alcanzado de la mano de los progresos de la ciencia. Es decir que se respeta la voluntad de ser padres biológicos o genéticos a partir de los avances científicos que le permitan realizar esa decisión de vida, acudiendo a una técnica que está a su alcance y que está contemplada en la legislación vigente. Por su parte, el artículo 17.2 de la Convención Americana de Derechos Humanos, que en nuestro país tiene jerarquía constitucional, también protege el derecho a fundar una familia.

Ahora bien, lo que sucede con la criopreservación, es que es un procedimiento cuya consumación ocurre en el tiempo futuro. Y en este sentido, tanto la ley como su reglamentación adolecen de un vacío importante, ya que no determinan el tiempo máximo durante el cual la

cobertura integral es exigible. Pensemos que una persona, si se dan los requisitos necesarios, podría criopreservar a los 30 años y querer (o poder) su implantación varios años después.

#### Vitrificación de Ovocitos

En 1983, Trounson y colaboradores fueron los primeros en sumergir un ovocito directamente en nitrógeno líquido con tasas aceptables de supervivencia y fertilización, pero bajas de segmentación. En 1984, Zelimarker y su grupo reportaron el primer nacido luego de transferir embriones congelados. El primer nacimiento de un ovocito congelado fue en 1986 (García Amador y otros, 2011). Sin embargo, no fue hasta la última década en la que la criopreservación de ovocitos tomó fuerte popularidad. Su aceptación estuvo directamente relacionada con los avances realizados en las técnicas de criopreservación de embriones y ovocitos por la congelación ultra rápida o vitrificación, que ha exhibido tasas de embarazo aumentadas con embriones congelados, pero también aumentó la supervivencia post-descongelación de los ovocitos congelados (Gunnala y Schattman, 2019).

Si bien desde hace ya varios años que la medicina reproductiva ofrece opciones de preservación, no había altas tasas de éxito para las mujeres hasta el recientemente avance de la vitrificación de óvulos (De Bes, 2012).

Después de más de dos décadas de esfuerzos continuos realizados para mejorar las técnicas de criopreservación, la evolución y la perfección de diferentes estrategias de vitrificación han logrado protocolos eficientes y reproducibles para criopreservar con éxito el gameto femenino. Parámetros de desarrollo del embrión han demostrado ser efectivos después de la vitrificación de ovocitos en comparación con ovocitos frescos en los programas de donación de óvulos (Cobo et al., 2016).

El congelamiento y la vitrificación de ovocitos son dos técnicas que se utilizan en la reproducción asistida para preservar los óvulos el tiempo que se desee para un uso posterior. Ambas técnicas permiten mantener solidificadas las estructuras celulares pero la manera en que logran el congelamiento es como se diferencian: la primera enfría lentamente las células, en cambio la vitrificación las congela de manera ultrarrápida. De esta forma, se impide que se formen cristales de hielo y se dañen las células, logrando así una mayor tasa de supervivencia de óvulos.

La vitrificación consta de dos fases: la extracción y la conservación (*anexo figura 1*).

- Extracción: luego de un proceso de estimulación ovárica, a través de una punción se extraen los ovocitos del ovario. Esta intervención se hace bajo sedación anestésica. Después, en el laboratorio, se seleccionan los ovocitos maduros y se descartan los que no han alcanzado el grado de madurez suficiente, por que no se consideran aptos para la fecundación. A continuación, se procede a la limpieza de los ovocitos, en la que uno

a uno se bañan en una solución de sacarosa, que elimina el agua que contienen para evitar la formación de cristales durante la congelación que podrían dañarlos. Por último, se colocan los ovocitos en un pequeño tubo que este preparado para la crionización. Se pueden congelar en grupo o de forma individual.

- Conservación: se sumergen las pajuelas (los pequeños tubos) en nitrógeno líquido a una temperatura de  $-196^{\circ}\text{C}$  y en unos pocos segundos ya se encuentran congelados (TimeFreeze, 2020).

La remoción de múltiples óvulos puede realizarse en menos de 30 minutos, y algunas mujeres experimentan cólicos en el día de la captación que suele desaparecer al día siguiente, sin embargo, hay sensaciones de saciedad o presión que pueden durar varias semanas después de la intervención porque los ovarios siguen agrandados (ASRM, 2012). La captación o extracción de óvulos se realiza generalmente a través de la vagina con una aguja guiada por ecografía (*ver anexo, figura II*).

Si bien otras técnicas, como la congelación de tejido ovárico para su posterior trasplante, ha ido ganando terreno desde su inicio, sigue considerándose experimental debido al riesgo de introducir células malignas. Asimismo, según un estudio realizado entre 2005 y 2015, se demostró que la congelación de tejido ovárico debe ser la técnica de elección en pacientes prepúberes o en mujeres que no disponen de tiempo para una estimulación o tienen una edad inferior a los 36 años (Alonso García et al, 2018). La vitrificación de ovocitos, en cambio, ha logrado demostrar su efectividad con tasas de gestación más elevadas y sin someter a la paciente a proceso quirúrgico alguno.

La vitrificación, por lo tanto, implica que mediante la estimulación ovárica con gonadotropinas se induce el desarrollo folicular múltiple para lograr el máximo número de ovocitos maduros. Se punciona el ovario para su extracción y se vitrifican posteriormente. El uso de ovocitos vitrificados en tratamientos reproductivos, ofrece tasas de gestación similares a cuando se han empleado ovocitos en fresco.

La criopreservación hace que los ciclos futuros de TRHA sean mas sencillos, menos costosos y menos invasivos que el ciclo inicial de FIV (Fertilización In Vitro) ya que la mujer no requerirá la estimulación ovárica ni la captación de óvulos. Una vez congelados los embriones pueden ser almacenados por mucho tiempo, debido a que se han informado nacimientos exitosos con embriones que habían estado congelados por 20 años.

Cabe destacar, que no todos los embriones sobreviven a la congelación y descongelación, y que la tasa de nacidos vivos es menor con la transferencia de embriones criopreservados. Sin embargo, al tratarse de pacientes que por motivos médicos no cuentan con otro recurso, esta es la mejor opción para preservar la fertilidad.

Hasta hace relativamente poco, sólo existía la congelación como técnica de preservación, que, si bien ofrecía buenos resultados porque no alteraba su calidad, muchas veces dañaba la estructura celular de los ovocitos o espermatozoides, lo que generaba una reducción significativa en las tasas de implantación con respecto a las de los embriones/ovocitos frescos. Esta técnica enfriaba lentamente las células, lo que hace a la mayor diferencia con la vitrificación que se utiliza hoy en día en la que la congelación se da de manera ultrarrápida, impidiendo la formación de hielo que daña las células. Estas estructuras celulares vitrificadas tienen prácticamente la misma calidad que las que no fueron congeladas (es decir, ovocitos o embriones frescos) y cuando se desvitrifican mantienen todas las propiedades que tenían antes de comenzar el proceso.

Una cuestión que preocupa a muchas personas es la presencia de riesgos para el ovulo o en el embarazo producto de la criopreservación, pero la Asociación Americana de Reproducción Asistida (2012) asegura que la congelación es muy segura ya que no existen casos documentados de transmisión de enfermedades infecciosas, y los riesgos de defectos congénitos, anomalías cromosómicas o complicaciones en el embarazo son iguales que con el uso de óvulos o embriones frescos. Además, Alonso Garcia et al. afirma que, en relación con la estimulación ovárica que se realiza para la vitrificación de ovocitos en mujeres con cáncer, no hay evidencia de que la exposición de los ovocitos a letrozol aumente los defectos congénitos. Existen trabajos previos que demuestran que el tamoxifeno no tiene un efecto perjudicial sobre el desarrollo de los embriones. Numerosos embarazos viables y recién nacidos sanos han sido informados tras el uso de dicho compuesto. También es tranquilizador que durante la preservación de la fertilidad por criopreservación, los embriones nunca están expuestos al fármaco porque la fecundación tiene lugar *in vitro* y no son transferidos al útero en el mismo ciclo en el que se utiliza letrozol o tamoxifeno.

La técnica actual de vitrificación de ovocitos es eficiente y segura. La vitrificación de los ovocitos tiene una tasa acumulada de recién nacido vivo por paciente menor de 35 años del 50%. El riesgo de transmisión de susceptibilidad al cáncer solo es evidente en casos de mutaciones específicas de genes que predisponen a ello.

En definitiva, congelar óvulos es en la actualidad la única alternativa viable para preservar la calidad ovocitaria para futuros embarazos. La vitrificación de ovocitos pareciera ser el método más eficiente y seguro, tanto para la madre como para el potencial hijo, por lo que se ha vuelto estándar actual de preservación desde el año 2005. La experiencia actual en el uso de la misma con fines reproductivos es prometedora ya que logra una sobrevivencia del 98% de los ovocitos, con porcentajes de gestación que oscila entre el 40 y 45 % por ciclo en mujeres menores de 37 años.

Para concluir este primer capítulo, es pertinente resaltar la importancia de un acompañamiento durante este procedimiento, debido a las fuertes e intensas emociones que pueden surgir de las pacientes, como preocupación, ansiedad, miedo y estrés, sobretodo en la



fase de estimulación ovárica en la que pueden surgir dificultades que muchas veces no han sido explicadas previamente por los médicos. No es de extrañar que pasar por todas estas experiencias, altera hasta a la persona con mayor equilibrio en el mundo. La intervención psicológica no solo puede aumentar el éxito en los tratamientos (como demuestran varios estudios), sino que su principal función es mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren por estos procedimientos.

### **Capítulo III: la importancia del acompañamiento psicológico**

Tomar la decisión de preservar la fertilidad, ya sea por un tratamiento médico o por motivos personales, implica mucho más que simplemente no tener un bebé, por lo que considerar las TRHA desde el punto médico solamente es una visión muy acotada de la problemática (Fernandez y Urdapilleta, 1995).

Corrigan (2001) sostiene que el asesor psicológico debe formar parte del equipo médico de infertilidad, debido a que garantiza a los pacientes un acceso más fácil a los servicios de asesoramiento, en lugar de, llegado el momento, teniendo que estar contactando a uno, evaluando su disponibilidad, etc., y además facilita el intercambio interdisciplinario, el cual la mayoría de los autores coinciden que es fundamental para las TRHA.

Alonso García y otros (2018) describen que

el abordaje clínico de la infertilidad es una cuestión que atañe de forma directa a los psicólogos (...) Son éstos quienes se han encargado del estudio de las repercusiones psicológicas o emocionales que puede sufrir un paciente cuando enfrenta un tratamiento de reproducción asistida. Sentimientos como la culpa, la frustración, la pena, la impotencia y la ira, son consecuencia de los problemas de infertilidad que en algunos casos pueden desembocar en estados de ánimo depresivos y ansiosos (p. 63).

Si a esto se le agrega el diagnóstico de cáncer, la carga emocional es todavía mayor. Por lo tanto, estos autores fundamentan que sería necesario un acompañamiento no solo de un psicólogo especialista en reproducción asistida, sino también de uno especialista en oncología.

El papel del psicólogo especializado en TRHA cobra importancia cuando llega el momento de abordar el tratamiento de preservación de la fertilidad. Algunos autores recomiendan el acompañamiento terapéutico incluso antes del tratamiento, pero no especifican los temas a abordar. Alonso García y otros (2018) describen una serie de objetivos o funciones que el psicólogo debería realizar:

- a. La creación de un ambiente que facilite la expresión emocional de la paciente, en el que ésta se sienta cómoda para expresar y exponer de forma libre aquellas preocupaciones que hayan podido surgir a raíz del planteamiento de realizar un tratamiento de preservación de la fertilidad;
- b. Tranquilizar en cuanto a los temores y miedos que puedan surgir con respecto a los efectos de preservar de la fertilidad ofreciendo *información científica relevante* de reciente publicación;
- c. Evitar que las emociones del paciente interfieran de forma negativa en la toma de decisiones;
- d. Discutir los temas específicos del tratamiento, revisando posibles pensamientos mágicos e irracionales;
- e. Entrenar al paciente en técnicas de afrontamiento, solución de problemas y reestructuración cognitiva;
- f. Posteriormente al tratamiento de preservación de la fertilidad, será función del psicólogo preocuparse por el estado del paciente tras el tratamiento en la unidad de reproducción asistida (p. 65)

En consonancia con estos autores, el objetivo principal y final del psicólogo debe ser aportar al paciente la información necesaria para tomar la decisión adecuada, mejorando su calidad de vida y su relación con la enfermedad.

Si hablamos en términos de ética, la obligación moral del psicólogo (França Tarragó, 2012) es poner al sujeto en lugar de decidir por sí mismo, intervenir en un sujeto para hacerle dueño de sí, para que sea él quien en plenitud de facultades pueda decidir por sí mismo que es lo que quiere hacer. Su labor consiste en ayudar a que la persona mantenga su autonomía, su conciencia y su capacidad de vivir armónicamente con los demás.

La participación del psicólogo es de vital importancia en la toma de decisiones, en la que el profesional debe asegurarse que los pacientes comprendieron y procesaron la información acerca de la posibilidad de preservar. También se recomienda el apoyo durante el embarazo. De Bes (2012) plantea que el psicólogo que intervenga debe ser especializado en reproducción asistida ya que “le permitirá discutir los temas específicos del tratamiento y revisar la posible disonancia cognitiva, pensamientos mágicos o irracionales, al igual que se instruirá en técnicas de afrontamiento, solución de problemas y reestructuración cognitiva” (p. 187). Asimismo, enumera distintos objetivos, que son muy similares a los planteados por Alonso Garcia y colaboradores, de la intervención psicológica en la preservación de la fertilidad, como:

- Facilitar la expresión de emociones;
- Revisar las motivaciones para someterse a los tratamientos de preservación de la fertilidad;
- Explorar las redes de apoyo de los pacientes (...);
- Ayudar a los pacientes en el proceso de toma de decisiones (...);
- Proporcionar estrategias de afrontamiento a los pacientes para minimizar el impacto emocional y el estrés;
- Minimizar los sentimientos de culpa en los pacientes que prefieran no someterse a los tratamientos de preservación de fertilidad (De Bes, 2012, p. 188)

Algunos autores como Ávila Espada y Moreno-Rosset, establecen que no es razonable plantear un “tratamiento psicológico” de la infertilidad, sin embargo, confirman que “la orientación e intervención psicoterapéutica ofrece una oportunidad muy positiva y valiosa para elaborar y manejar adecuadamente las experiencias y complejas situaciones y dilemas que atraviesan las personas que viven una situación de infertilidad” (p. 187). Asimismo, plantean que, para la mayoría de las personas afectadas por la infertilidad, ésta es vivida como una situación traumática y de crisis psicológica, en la que “en la que han de enfrentarse al reconocimiento de incapacidades en un terreno estrechamente unido al sentimiento de valía de uno mismo” (p. 186).

Las competencias que el psicólogo deberá desarrollar en el ámbito de las TRHA son diversas. Salomé Lima sostiene que puede operar como un acompañante de las personas que recurren a estas técnicas brindando información y asesoramiento, pero que, si bien esto es necesario, no alcanza, ya que no podemos olvidar que “el psicólogo esta convocado a trabajar con los deseos, fantasías y anhelos de los consultantes, sus estados de ansiedad, sus dudas, con los interrogantes más íntimos de su ser acerca de la maternidad y la paternidad” (Salomé Lima, 2015, pp. 134).

Hablar de los procesos emocionales de los pacientes que atraviesan TRHA es hablar fundamentalmente de crisis vital (Moreno Sanchez, 2011). Como habíamos visto en relación a las crisis, que vienen a irrumpir en un sistema y desorganizarlo, las crisis emocionales que padecen las personas que se encuentran con un diagnóstico y con una decisión que tomar en relación a la preservación, escapan de su control personal, no encuentran solución en su repertorio normal de afrontamiento, y necesitan para su resolución la intervención de terceros. Tanto el diagnóstico como el tratamiento son por sí mismos una fuente importante de estrés. Por lo que una intervención eficaz debería ir dirigida a la disminución del estrés asociado a la fertilidad y su tratamiento, y a la colaboración en la consecución de la gestación en las mejores condiciones emocionales posibles (Moreno Sanchez, 2011).

Muchas mujeres que son diagnosticadas con cáncer tienen menos de 40 años, por lo que la maternidad puede que no haya estado en sus planes hasta ese momento. Cuando el médico les informa el diagnóstico, se produce un “shock emocional de intensidad tan elevada que por un momento bloquea a la paciente y activa su instinto más primario de supervivencia” (Alonso García et al, 2018, p. 61). En este sentido, es fundamental que el especialista les brinde información sobre preservación de fertilidad y todo lo que implican las TRHA.

Cuando la preservación de la fertilidad surge a raíz no de un deseo, sino de una necesidad (debido al tratamiento oncológico), hay que considerar un análisis más detallado, ya que el desencadenamiento de las crisis tras el diagnóstico médico suele estar acompañado de alteraciones en diferentes niveles: en el fisiológico, en el cognitivo y en el psicológico. En este último podemos evidenciar estado de shock, sentimientos de negación, confusión, aplanamiento, tristeza, incredulidad, culpa, excitabilidad, inquietud, entre otros. En el plano cognitivo se desbordan las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento habitualmente utilizados (Moreno Sanchez, 2011).

Asimismo, De Bes (2012) describe que el impacto psicológico del cáncer tiene que ver con que la amenaza de la pérdida de la capacidad reproductiva agrava el diagnóstico de la enfermedad, por lo que la preservación de la fertilidad mejora la situación psicológica, siendo una motivación positiva para luchar contra la enfermedad y para afrontar el futuro con mayores esperanzas (p. 185). De igual manera, afirma que la infertilidad a causa del cáncer provoca altos niveles de estrés, por lo que informar a la paciente previo al tratamiento podría impedir que se sorprenda por la pérdida o deterioro de la fertilidad y así evitar que sufra de estrés.

Resulta fundamental evaluar la calidad de vida de la paciente, debido a las medidas para informar y promocionar la comunicación, pero también debido a las medidas para evaluar las alternativas, ya que, por ejemplo, dos tratamientos para el cáncer pueden ofrecer los mismos beneficios en términos de supervivencia, pero no en términos de calidad de vida, o evaluar la preservación de fertilidad antes de que sea tarde. La aparición de una enfermedad grave tiene muchas repercusiones para el individuo y quienes lo rodean, y esta persona puede experimentar distintas emociones, como también asumir las restricciones relacionadas a su condición y la posibilidad que se produzca un declive en su salud (Morrison y Bennett, 2008).

De la TCC se toman cuatro técnicas de las que puede servirse el terapeuta para intervenir en estas circunstancias: la Reestructuración Cognitiva, el Mindfulness, la Visualización y la Inoculación del Estrés.

En primer lugar, la Reestructuración Cognitiva consiste en identificar y poner en duda la exactitud de los pensamientos que generan estrés. Se le pide al individuo que los considere

como hipótesis y no como hechos, y que evalúe su validez sin sesgos (Morrison y Bennett, 2008). La mejor manera de poner en cuestión los pensamientos generadores de estrés puede enseñarse inicialmente en sesiones de terapia, en las que el terapeuta utiliza el método socrático (Beck, 1976) para ayudar a los pacientes a identificar los patrones distorsionados de pensamiento que están contribuyendo a sus problemas. Una vez que el individuo participa en las sesiones, se lo anima a utilizar el proceso socrático en momentos que se siente atrapado por los sentimientos de estrés, para poner en duda el fundamento de esos sentimientos.

El modelo cognitivo en que se basa la Reestructuración Cognitiva ha sido denominado por varios autores como el “Modelo ABC” de Ellis. En este sentido, podríamos proponer la siguiente ecuación:

- A. : Es la situación o experiencia activadora de la vida real, que en este caso sería el diagnóstico del cáncer y la decisión de preservar la fertilidad.
- B. : Son las cogniciones apropiadas/inapropiadas del paciente respecto a la situación activadora que pueden o no ser conscientes. En esta situación, vendría a ser todas las representaciones, creencias, supuestos que la paciente realiza sobre lo que le está pasando, sobre el futuro, sobre su nueva realidad.
- C. : Son las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de estas creencias. Podríamos decir, que como consecuencia se puede sufrir de estrés negativo, de ansiedad, de miedo, preocupación, entre varias otras que varían según la persona.

Según este modelo, no son los acontecimientos per se los responsables de las reacciones emocionales y conductuales, sino las expectativas e interpretaciones de dichos acontecimientos y las creencias relacionadas con los mismos” (Bados y García Grau, 2010, pp. 6). Por lo tanto, el terapeuta debería co-trabajar con la paciente para ayudarlo a identificar las cogniciones, que se comprenda el impacto de estas sobre su conducta y emociones, considerarlas como hipótesis que pueden ser sometidas a prueba, ayudarla a cuestionar las cogniciones inadecuadas y por último, lograr que modifique estas cogniciones y que las sustituya por otras “mas apropiadas”.

El programa de Mindfulness (MBSR) explicado anteriormente, es una intervención terapéutica muy utilizada que tiene “la intención sostenida de centrar la atención en la realidad del momento presente, aceptándola sin juicios y sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas del momento” y, por tanto, “requiere mantener la atención en lo que ocurre aquí y ahora” (Ausero y García Banda, 2010). La intervención tiene una duración de 8 semanas, y combina con una sesión de grupo semanal de 2 horas y media de duración, con ejercicios para desarrollar en casa entre los cuales la meditación está presente por al menos 45 minutos al día. Durante las semanas también se ejercita la práctica de la consciencia para poder aplicarla a situaciones cotidianas, situaciones futuras agradables o desagradables y a las situaciones interpersonales complejas.

La visualización consiste en la utilización de imágenes mentales que representan aquello que queremos conseguir (como objetivos o metas). Se basa en la premisa que, al repetir continuamente lo que queremos conseguir, facilita el conseguirlo. Simonton (1978) pionero de esta técnica, creía que el empleo de la visualización es primordial en cualquier tratamiento orientado a potenciar los tratamientos contra el cáncer y favorecer la recuperación de la salud.

Hoy en día, esta técnica es muy utilizada por ejemplo en las clínicas de USA como forma terapéutica para pacientes con cáncer o enfermedades psicosomáticas, debido a la certeza de que ejerce un efecto fisiológico en el organismo.

De esta forma, el terapeuta podría incitar a la paciente a relajarse e imaginar vívidamente situaciones de la forma más realista que pueda y aportando todos los detalles que pueda incluir, para lograr que controle sus emociones, sensaciones y comportamientos. Para esto se recomienda que se concentren en los distintos sentidos más allá de la visual, que graben una descripción detallada de la escena que se quiere imaginar, y que por último, la dibujen como forma de activar los detalles visuales.

Por último, la Inoculación del Estrés es un tipo de intervención de reducción del estrés desarrollado por Meichenbaum (1985) en el que se entrena a los individuos a controlar el estrés ensayando antes de someterse a situaciones estresantes. Se les enseña a relajarse y a utilizar un diálogo interior tranquilizador. La idea es que cuando el individuo se encuentre con el factor estresante, “se pueda concentrar en comprobar que su conducta es adecuada a las circunstancias, en mantener la relajación y en tener un diálogo interno adecuado” (Morrison y Bennett, 2008, pp. 448).

La inoculación se lleva a cabo en tres fases, y puesto a que todo el procedimiento es educativo, debieron renombrar las fases: la de conceptualización, la de adquisición de habilidades y ensayo, y la de aplicación y consolidación. En la primera etapa el terapeuta debe lograr establecer una relación de colaboración con la paciente que va a acompañar, y ayudarla a comprender mejor la naturaleza del estrés, de donde viene y porque surge, que efectos tiene sobre las emociones, y acompañarla en el proceso de re conceptualizar los términos. El terapeuta debería recoger información a través de entrevistas o cuestionarios, y evaluar las expectativas de la paciente respecto del tratamiento. En la segunda etapa, la paciente deberá elaborar y ensayar distintas habilidades de afrontamiento, en un primer momento sería en la clínica para luego llevarlo de a poco a la vida real. Consideramos que no todos los pacientes tienen los mismos repertorios con habilidades de afrontamiento, pero que en situaciones tan inesperadas y de incertidumbre como son el tratamiento de cáncer, se deben adquirir nuevas habilidades o trabajar con las que el paciente ya posee potenciándolas. En la tercera etapa, se

realizarían sesiones de refuerzo, evaluaciones de seguimiento y se organizarían planes para prevenir una recaída.

Esta última técnica se considera que sería más útil aplicarla en cuestiones más relativas al tratamiento oncológico y no específicamente para las TRHA, debido a que su empleo en instituciones sanitarias está más relacionado a pacientes quirúrgicos y con problemas médicos como "(...) artritis, quemaduras y cáncer" (Meichenbaum, 1987, pp. 103).

Habiendo reunido aportes de distintos profesionales respecto al quehacer del psicólogo en la unidad de oncofertilidad, se concluye este capítulo señalando las principales formas de acompañar:

- Alentar una relación terapéutica en la que, lejos de decir que hacer, se guíe y apoye a paciente en el proceso.
- Incluir a la paciente como una participante activa, discutiendo los temas específicos del tratamiento, comunicando de forma clara y precisa toda la información que deba saber.
- Crear un ambiente que facilite la expresión emocional de la misma, tranquilizándola en cuanto a temores y miedos que puedan surgir, evitando que las emociones interfieran de forma negativa en las decisiones o en el tratamiento.
- Proponer en conjunto con la paciente metas que le ayuden a concentrarse en lo que es relevante y esencial, y que le de una visión del lugar en el que quiere estar o como quiere que sea su vida de ahora en más.
- Evaluar la calidad de vida y los niveles de estrés que presenta la paciente para poder reducirlos con distintas técnicas.
- Entrenar a la paciente en técnicas de afrontamiento, de relajación y reestructuración cognitiva.
- Aumentar la sensación de dominio y control sobre la situación de enfermedad y en general.

## Conclusión

En la actualidad, la eficacia de los programas de prevención y diagnóstico precoz, han producido el aumento de esperanza de vida y supervivencia para los pacientes diagnosticados con cáncer. Sin embargo, aún queda un camino largo por recorrer para mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes.

Si bien es evidente que el principal objetivo de pacientes oncológicas es que superen la enfermedad, y la maternidad (que todavía puede no estar en sus planes) pasa a un segundo plano, es importante valorar la opción de la preservación de la fertilidad, incluso considerándola dentro de las indicaciones previas a recibir los tratamientos oncológicos.

Parte de respetar la autonomía de los pacientes es brindarles la información completa, de forma precisa y clara. En este sentido, se considera una responsabilidad del equipo de salud introducir y acompañar a una persona que esta por recibir tratamientos oncológicos al mundo de las TRHA, ya que pueden no estar interesadas en la maternidad o pueden no estar al tanto de las consecuencias de los tratamientos, pero en ambas situaciones, deben tomar una decisión siendo previa y debidamente informadas sobre los riesgos y los beneficios.

La evaluación del riesgo de la fertilidad y la selección de una estrategia individualizada para optimizar la fertilidad después del tratamiento del cáncer, son enormes retos y requieren una intensa cooperación entre el equipo médico y las pacientes.

Para la gran mayoría, el diagnóstico de infertilidad es una situación traumática y una crisis psicológica, en la que chocan ideales y representaciones sociales. Si a esto se le suma el diagnóstico de cáncer, el impacto es aun peor. Por lo tanto, se considera el acompañamiento terapéutico de un profesional especializado en materia de reproducción asistida fundamental, ya que proporciona ayuda para gestionar las emociones e ir transitando las esperas, o para sobrellevar cualquier dificultad que surja durante el proceso.

La TCC se ha convertido en uno de los mejores métodos de psicoterapia para tratar varios problemas de salud mental. Aunque es muy popular, es importante tener en cuenta que no elimina los problemas, sino que se ayuda a la gente a hacer frente y afrontar sus problemas de forma más eficaz. La relajación, visualización y la terapia cognitiva, junto con los tratamientos oncológicos son de utilidad ya que muchas veces nuestra respuesta al estrés y las consecuentes alteraciones psicológicas dependen, casi siempre, de la interpretación inadecuada de los acontecimientos de la vida cotidiana

El tratamiento psicológico se debe centrar en controlar e intentar evitar el estrés, que no sólo es producido por el diagnóstico, sino también por la sucesión de cambios físicos, sociales y personales que se producen a lo largo de la enfermedad y su tratamiento. Como se vio a lo largo



del trabajo, el acompañamiento terapéutico para pacientes oncológicas y de fertilidad es beneficioso para disminuir el sufrimiento y ayudar a controlar el dolor, para aumentar la sensación de dominio y control sobre la enfermedad, para mejorar la adaptación a la enfermedad, para reducir fundamentalmente el estrés y aliviar la ansiedad, y sobretodo, para mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Queda perfectamente claro en virtud de lo expuesto que la criopreservación está considerada un tratamiento de alta complejidad en el marco de la ley 26.862 de Fertilización Asistida y su Decreto Reglamentario 956/2013 y que su cobertura debe ser integral por parte de las obras sociales y empresas de medicina prepaga, debiendo determinarse judicialmente para cada caso concreto y atendiendo a sus particularidades, el plazo durante el cual la entidad está obligada a dicha cobertura. Es importante recordar que el avance tecnológico es mas rápido que el normativo, por lo que hay que estar debidamente informado para poder hacer frente a los distintos desajustes que puedan surgir, ya que hay muchos casos en las que las coberturas tienden a no querer afrontar “el gasto” de las TRHA.

## Referencias Bibliográficas

- (2020). ¿Qué es la congelación de óvulos? España: TimeFreeze. Recuperado de: <https://www.timefreeze.es/el-proceso/#congelacion>
- Aguirre, R; Afonso, Y; Domínguez, A; Álvarez, I; Castillo, L; Cópola González, F; de Dios, L; Martínez Torena, J; Parada, S; Pérez Campos, H; Saldías, M. (2007). Criopreservación de corteza ovárica en pacientes jóvenes con cáncer e indicación de tratamiento gonadotóxico. *Revista medica del Uruguay*. Vol. 23 (numero 2), pp. 99-108.
- Alonso García, A; López Vidal, T; Moya Hernández, M. (2018). Preservación de la fertilidad en pacientes oncológicas. *La reproducción asistida: una visión integradora de los retos en la intervención psicológica*. Vol. 24 (numero 2), pp. 57-66.
- Alonso Garcia, A., Lopez Vidal, T., Moya Hernandez, M. (2018). Cuadernos de Medicina Reproductiva. Capitulo 6: Preservación de la fertilidad en pacientes oncológicas. Vol. 24. Num. 2. pp. 57-66
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM) (2012). *Tecnologías de Reproducción Asistida: guía para pacientes*.
- Applegarth, L. D. (1999). Individual counselling and psychotherapy. Hammer Burns, L. and Covington, S. N. (1999) (eds.). *Infertility Counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians* (pp. 85–102). Londres: Parthenon.
- ASCO (2019). *Fertility Concerns and Preservation for Women*. Cancer.net. Recuperado de: <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/dating-sex-and-reproduction/fertility-concerns-and-preservation-women>
- Avila Espada, A; Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del psicólogo*. Vol. 29 (numero 2), pp. 186-196.
- Bados, A., Garcia Grau, E. (2010) *La tecnica de la Reestructuración Cognitiva*. En Facultad de Psicología de la Universitat de Barcelona, Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/43436214\\_La\\_Tecnica\\_de\\_la\\_reestructuración\\_cognitiva](https://www.researchgate.net/publication/43436214_La_Tecnica_de_la_reestructuración_cognitiva)
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: conceptos basicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Bertolin Guillen, J.M. (2015). *Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Volumen 35, numero 126.
- Cabrera, P., Fernandez, A., Bastidas, P., Molina, M., Bethencourt, A., Diaz, T. (2006). Vitrificación: Una Alternativa para la Criopreservación de Embriones. *Revista de la Facultad de Ciencias Veterinarias*. Volumen 47, numero 1. Recuperado de: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0258-65762006000100003](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-65762006000100003)

- Carrere, C. (2010): *con un análisis de sangre medir la fertilidad ahora es posible*. Clarin.com Recuperado de: [https://www.clarin.com/entremujeres/hogar-y-familia/embarazo/analisis-medir-fertilidad\\_0\\_HyXU1eqP7x.html](https://www.clarin.com/entremujeres/hogar-y-familia/embarazo/analisis-medir-fertilidad_0_HyXU1eqP7x.html)
- Cobo, A., Garcia Velasco, J.A., Coello, A., Domingo, J., Pellicer, A., Remohi, J. (2016). Oocyte vitrification as an efficient option for elective fertility preservation. National Library of Medicine. PubMed.gov recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26688429/>
- Dalvit, G. (2018). Vitricación de ovocitos y pacientes con cáncer. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Volumen 64, numero 2. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000200011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200011&lng=es&nrm=iso)
- F. Zegers-Hochschild, F.; Adamson, GD.; de Mouzon, J.; Ishihara, O.; Mansour, R.; Nygren, K.; Sullivan, E.; and Vanderpoel, S. (2010) Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Fernandez Alvarez, H. (2011). *Paisajes de la Psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: editorial Polemos.
- Fernández D. y Urdapilleta L. (1995). Infertilidad: reproducción asistida y administración de recursos en Sistemas Familiares. Buenos Aires: ASIBA.
- Franca Tarragó, O. (2012). Manual de psicoética: ética para psicólogos y psiquiatras. Ciencias Psicológicas. España: editorial Desclée de brouwer.
- Gallo, D. (2020). Desafíos actuales de la clínica de la reproducción humana asistida. Capitulo 12: preservacion de la fertilidad motivos medicos y sociales. San Luis: Nueva Editorial Universitaria
- Garcia Amador, M.I., Armas, R.M., Ruvalcaba Castellon, L.A. (2011). Vitricación de ovocitos y embriones. *Revista Mexicana de la Reproduccion*. Volumen 3, numero 4, pp. 143-149. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/reproduccion/mr-2011/mr114b.pdf>
- García Amador, M.I., Martínez Armas, R., Ruvalcaba Castellon, L.A. (2011). Vitricación de ovocitos y embriones. En *Revista Mexicana de la Reproduccion*. (vol. 3, numero 4, pp. 143-149)
- Guerra Díaz, D. (2009) ¿Por qué unas Guías de Consejo, Apoyo e Intervención Psicológica al Paciente en Medicina Reproductiva Asistida? en Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. Vol. 26, pp. 3-9.
- Gunnala, V., Schattman, G. (2017). Oocyte vitrification for elective fertility preservation: the past, present, and future. National Library of Medicine. PubMed.gov. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27922944/>

- León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, A., Martín, A., Seguí, M.A. (2013). *Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar.* Revista Psicooncología, Volumen 10, numero 2-3, pp. 263-274
- Ley N° 26.862. Reproducción medicamente asistida. Boletín Oficial de la Republica Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 25 de junio de 2013.
- Llavona Uribelarrea, J. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. Papeles del Psicólogo, Vol. 29(2), pp. 158-166.
- Martín-Asuero A, García-Banda G. The Mindfulness-based Stress Reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. Span J Psychol. 2010;13:897-905.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de Inoculación del Estrés.* Barcelona: Ediciones Martinez.
- Mestre, G. (2015). El psicólogo especializado en infertilidad ayuda a mejorar la conexión entre la mente y el cuerpo. *Salud Ediciones.* Recuperado de: <https://www.saludediciones.com/2015/08/11/el-psicologo-especializado-en-infertilidad-ayuda-a-mejorar-la-conexion-entre-la-mente-y-el-cuerpo/>
- Ministerio De Salud (2015). Guía sobre Fertilidad para Equipos de Atención Primaria de la Salud. Recuperado de: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento107.pdf>
- Moreno Sanchez, A. (2011). *Capítulo 7: procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida: una crisis vital.* En *Manual de Intervención Psicológica En Reproducción Asistida:* Panamericana.
- Morrison, V; Bennet, P. (2008). *Psicología de la salud.* Madrid, España: Pearson educación.
- Papier, S. (2013). Oncofertilidad, una disciplina que abre nuevas posibilidades. Clarín. Recuperado de: [https://www.clarin.com/salud/oncofertilidad\\_0\\_B1oQ97zsvQx.html](https://www.clarin.com/salud/oncofertilidad_0_B1oQ97zsvQx.html)
- Papier, S., Arribalzaga, E., Chillik, C., Blaquier, J., Horton, M., Martínez, G., y Baggio, M.,n.d). (2012). Código de ética de reproducción asistida. Recuperado de: [http://www.samer.org.ar/pdf/codigo\\_de\\_etica\\_de\\_reproduccion.pdf](http://www.samer.org.ar/pdf/codigo_de_etica_de_reproduccion.pdf)
- Papier, S., Arribalzaga, E., Chillik, C., Blaquier, J., Horton, M., Martínez, G., y Baggio, M.,n.d). (2012). Código de ética de reproducción asistida. Recuperado de: [http://www.samer.org.ar/pdf/codigo\\_de\\_etica\\_de\\_reproduccion.pdf](http://www.samer.org.ar/pdf/codigo_de_etica_de_reproduccion.pdf)
- Parada Muñoz, L. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología - Vol. 2, N°1.*
- Pesce, R. I., & Perman, G. (2013). Ley Nacional de Fertilización Asistida: avances y desafíos. *Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria, 16(2).* <https://doi.org/10.51987/evidencia.v16i2.6197>
- Prieto Fernandez, A. (2004). *Psicología Oncológica.* Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo Conductual. Vol. 2, pp. 107-120.

- Roca, M., Quiron, G.H. (2009). Aspectos psicosociales de la preservación de la fertilidad en los pacientes oncológicos. En Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida. Revista Iberoamericana de Fertilidad. Vol. 26, pp. 61-66.
- Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos de Ansiedad*. Buenos Aires: Editorial Polemos
- Ruber (2020). *Qué es la estimulación ovárica y dudas más comunes*. Hospital Ruber Internacional. Recuperado de: <https://www.unidaddelamujer.es/estimulacion-ovarica-que-es-y-dudas-comunes/>
- Salomé Lima, N. (2015). El rol del psicólogo en el ámbito de las tecnologías de reproducción humana asistida (TRHA). Reproducción – Vol 30 / Nº 4, pp. 131-142.
- Sarabia Cos, L. (2020). No es lo mismo congelación que vitrificación de óvulos. España: QuironSalud. Recuperado de: <https://www.tucanaldesalud.es/es/tecnologia/articulos/mismo-congelacion-vitrificacion-ovulos>
- Scarella Chamy, A., Diaz-Garcia, C., Herraiz, S., Kliemchen Rodrigues, J. (2017). Preservación de la fertilidad en la paciente oncológica. Revista Biomedica Revisada por Pares. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/7090.act>
- Simonton, C., Henson, R. (1992). *Sanar es un viaje*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Sociedad Española de Fertilidad (2012). *Manual de Intervención Psicológica en Reproducción Asistida*. Madrid, España: Editorial Medica Panamericana.
- Sociedad Española de Fertilidad. (2012). *Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida*. Madrid, España: Msh impresores.
- Strauss, B. y Boivin, J. (2001). Counselling within Infertility en Guidelines for Counselling in Infertility. ESHRE. Human Reproduction.
- Valiente, M. (2006). El uso de visualización en el tratamiento psicologico de enfermos de cancer. En revista Psicooncologia. Vol. 3, Num. 1, pp. 19-34.
- Vidal Martínez, J. (2019). Acerca de la regulación jurídica de las técnicas de reproducción humana asistida. *Actividad Jurídica Iberoamericana*. (número 10), pp. 478-513.

Anexo

Figura I

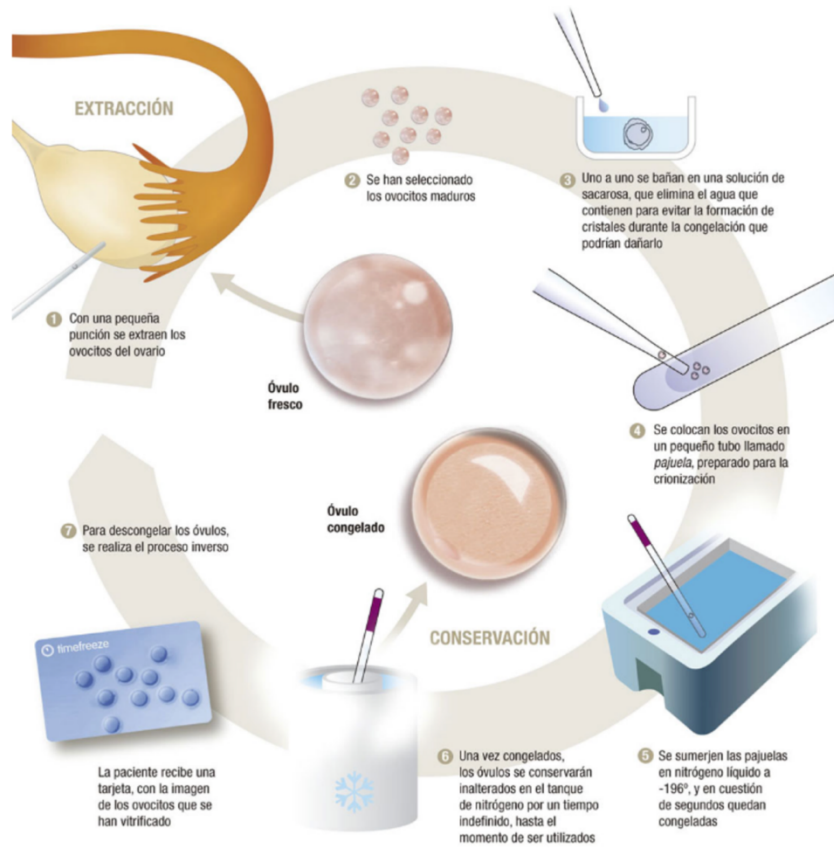


Imagen extraída de TimeFreeze, 2020.

Figura II

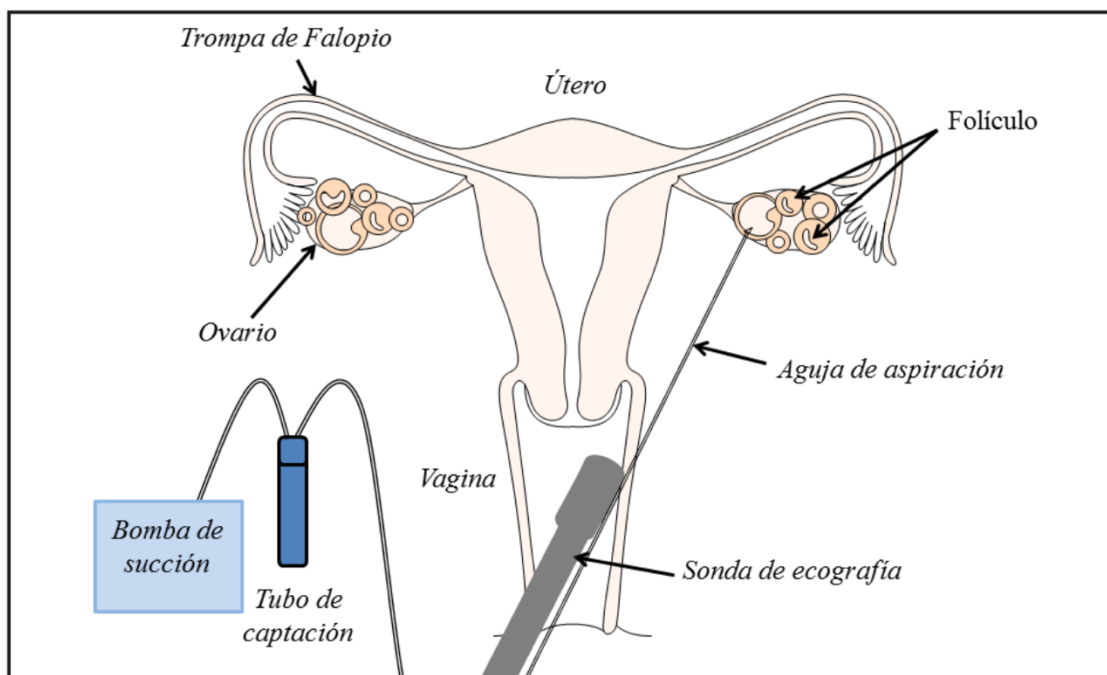


Imagen extraída de ASRM, 2012.