

De las enfermedades terminales a la infertilidad: convergencias y desencuentros

Sofía V. Dlabach *

Universidad de Buenos Aires

Recibido: 11/11/2021 – Aprobado: 18/3/2022

Resumen:

El presente estudio intenta delinear un paralelismo entre la infertilidad y el cáncer a partir de la contrastación de la bibliografía disponible con la serie New Amsterdam, a la vez que pretende responder a los siguientes interrogantes: ¿qué puntos en común tienen ambas enfermedades? ¿en qué se diferencian? ¿qué rol podemos adoptar desde la psicología y desde la comunidad? Siguiendo esta línea, se encontró que ambas ponen en funcionamiento mecanismos de afrontamiento ya que son enfermedades crónicas que disparan un gran impacto emocional y cambios en la cotidianeidad. Asimismo, la infertilidad se diferencia del cáncer en que no presenta dolor asociado, no hay amenaza hacia la supervivencia y tampoco afecta a la funcionalidad de ningún órgano (Antequera et al, 2008). Estos resultados llevan a plantear una equivalencia en las intervenciones, principalmente psicoeducativas, que pueden ser aplicadas tanto por profesionales de la salud como por miembros de la comunidad, y que redundarían en: mayor adherencia al tratamiento, un rol más activo por parte del paciente en la toma de decisiones, un mayor sentimiento de control sobre su propia vida, entre otras.

Palabras clave: Infertilidad, Cáncer, New Amsterdam, Psicoeducación.

Abstract:

From Terminal Illnesses to Infertility: Convergences and Disagreements.

This study aims to outline a parallelism between infertility and cancer based on the comparison of the available bibliography with the New Amsterdam series, while attempting to answer the following questions: what points do both diseases have in common? What is the difference between them? What role can we adopt from psychology and the community? Following this line, it was found that both put coping mechanisms into operation since they are chronic diseases that trigger a great emotional impact and changes in daily life. Likewise, infertility differs from cancer in that it does not present associated pain, there is no threat to survival and it does not affect the functionality of any organ (Antequera et al, 2008). These results lead to propose an equivalence in interventions, mainly psychoeducational, which can be applied both by health professionals and by members of the community, and which would result in: greater adherence to treatment, a more active role from the patient in decision-making, a greater feeling of control over their own life, among others.

Keywords: Infertility, Cancer, New Amsterdam, Psychoeducation.

Introducción

Tristeza, miedo, frustración, ansiedad, estrés, culpa... son todas vivencias asociadas a la infertilidad que fueron vastamente revisadas por la literatura (Antequera Jurado; R. *et al.* 2008) (Domar, AD. *et al.* 1993), no sólo al recibir el diagnóstico sino al transitar la misma, ya que se sucede en ciclos de esperanza y, muchas veces, fracaso cuando el tratamiento no es exitoso.

*sofiadlabach@gmail.com

Si bien la infertilidad fue catalogada como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud, ¿es igual a cualquier otro padecimiento? Si no es así, ¿en qué se diferencia?

Para comenzar a esbozar respuestas, el presente escrito nos invita a reflexionar sobre estos interrogantes e intenta delinear un paralelismo entre infertilidad y enfermedades terminales, tomando como punto de partida la serie New Amsterdam.

“Nadie dice que la vida sea justa”

Es la frase que reza en el escritorio de la Dra. Stauton, la oncóloga y nueva encargada de llevar adelante el tratamiento del director médico del hospital, el Dr. Max Goodwin, quien es diagnosticado con carcinoma de células escamosas, más conocido como cáncer de garganta.

El tratamiento del Dr. Goodwin es originariamente conducido por su amiga Helen Sharpe quien, tras ver que el novel paciente tiene conductas que podrían interferir con el éxito del procedimiento, decide derivarlo con la Dra. Stauton, una oncóloga un tanto diferente...

A lo largo de los capítulos se irá viendo que este es un cambio muy importante en el destino de la salud de Max, dado que su inconsistencia para seguir con su quimio y radioterapia pone en constante riesgo el triunfo de las mismas.

Ahora bien, ¿por qué decimos que el Dr. Goodwin es inconsistente? En la serie se observa cómo siempre tiene algo mejor que hacer: saldar la deuda del hospital, coordinar el día de trasplantes, entre otras actividades que siempre dejan en segundo plano su propia salud... ¿en pos de la salud de los demás? A continuación veremos que esto no es tan así.

“Cuando pare de correr, el cáncer va a alcanzarme...”

Así es cómo explica el Dr. Goodwin sus inconsistencias respecto al tratamiento, tras ser confrontado por su amiga, la Dra. Sharpe, quien intenta que éste tome las riendas de su propia salud.

En este punto se puede dilucidar cómo, a pesar de saber las devastadoras consecuencias que traería el incumplimiento del procedimiento recetado y de las cuales Max está en pleno conocimiento por su calidad de médico, decide hacer caso omiso y seguir adelante con sus actividades como si nada hubiera sucedido.

Sin embargo... algo sí sucedió. En el medio hubo un punto de quiebre, que es el diagnóstico de una enfermedad terminal. Frente a estas circunstancias: ¿qué puede hacer el ser humano? ¿Por qué hay tantas reacciones diferentes?

Esto es lo que intenta conceptualizar Lazarus (Bonet, J. 2013) (Daneri, M.F. 2012) con la noción de ‘afrontamiento’, definiéndola como “*aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*”.

Luego, Lazarus profundiza aún más y plantea dos tipos de afrontamiento: aquel dirigido al problema y otro dirigido a la emoción. El primero apunta a enfrentar la situación amenazante intentando modificarla, dado que uno considera que tiene las herramientas necesarias para hacerlo, y evalúa un posible éxito en la tarea, desencadenando emociones positivas como, por ejemplo, excitación. El segundo, en cambio, persigue la atenuación del estado emocional sin enfrentar el problema que lo generó, porque es considerado como amenazante e inmodificable, lo cual genera miedo y ansiedad.

Entonces, ¿cuál sería la implicancia de un afrontamiento de tipo II? La salud mental. Ésta, desde el punto de vista emocional, consiste en que la persona adulta haya alcanzado un grado adecuado de regulación emocional, lo que significa que pueda comprender y nombrar adecuadamente sus estados emocionales, y que experimente la emoción que corresponde a la situación en forma plena y en la intensidad adecuada, sin intentar bloquearla, suprimirla o prolongarla de modo disfuncional (Keegan, E. 2012).

Es decir, si una persona no enfrenta las situaciones amenazantes de su vida intentando modificarlas y, por el contrario, se empeña en evitarlas y en bloquear las emociones asociadas a ellas, puede resultar en una desregulación emocional y un posible trastorno en la salud mental, sin mencionar todas las consecuencias negativas que tendría, en este caso puntual, postergar el tratamiento contra el cáncer.

Así, en la serie, vemos cómo el Dr. Goodwin reprograma sus sesiones de quimio y radioterapia, no enfrentando la situación amenazante sino, por el contrario, evitándola y huyendo de ella, hasta que recibe un duro golpe de realidad por parte de la Dra. Stauton. El rol de esta oncóloga, y la dinámica que se genera entre ambos, va a ser fundamental para sacar a Max de su evitación con un método poco tradicional, más efectivo, para que finalmente pueda tomar las riendas de su salud. Ella le dice, entre otras cosas, que al posponer su radiación “elige morir” y que no sabe cuántas mañanas le puedan quedar si sigue tratando al cáncer de la forma en que lo hace. Luego le pregunta directamente si lo que quiere es morir y, antes de que él responda que no, es cuando se observa un cambio en el semblante de Max, como si la dureza de la médica hubiera surtido efecto.

Es en este punto donde se aprecia el rol que muchas veces tienen nuestros pensamientos y emociones a la hora de tomar –o de no tomar– acción en nuestra vida, y donde se vuelve fundamental la psicoeducación que realiza la Dra. Stauton. Este concepto refiere al “*proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo*” (Bulacio, J. M. *et al.* 2004). Su objetivo, entonces, es el de ampliar el conocimiento sobre el diagnóstico y lo que éste implica, como ser los procedimientos médicos, y está orientada a disminuir el estrés y recuperar la sensación de control sobre la propia vida, lo que les permite a las personas tener una participación más activa en la toma de decisiones, y expectativas más realistas. Y, si bien el Dr. Goodwin ya tenía todo este conocimiento, probablemente era necesario que otra persona se lo dijera.

Relación con la infertilidad

Hasta aquí sabemos que el diagnóstico de una enfermedad crónica –y, muchas veces, terminal– genera un gran impacto emocional en quien la padece, sumado a los cambios que se registran en su cotidianeidad. Estas dos características son el punto donde se anudan y convergen afecciones tales como el cáncer y la infertilidad, clasificada como enfermedad crónica por la Organización Mundial de la Salud.

Sin embargo, ¿qué diferencia a una de otra? Antequera *et al* (2008) distinguen a la infertilidad del resto de padecimientos físicos en 3 puntos: “*no afecta a la funcionalidad de ningún órgano y, por tanto, no impone limitaciones físicas a quienes la padecen; no hay sintomatología ni dolor asociado a la misma; no existe una amenaza real a la propia vida y las parejas pueden elegir libremente someterse o no a tratamiento ya que su evolución no supone peligro alguno para la supervivencia*”.

Aun así, y a pesar de estas diferencias, los síntomas psicológicos asociados a la infertilidad pueden llegar a igualar a aquellos vinculados con otras condiciones médicas severas, tales como el cáncer e incluso el HIV (Domar, AD. *et al.* 1993).

Además, hay otra diferencia digna de consideración. Si bien la bibliografía avala el apoyo social en su papel de protección frente al estrés, ya que la contención puede ayudar a minimizar el impacto de la situación amenazante o estresor, la infertilidad, al no ser una enfermedad terminal, empaña el registro del otro, ya que “*cuando a alguien le diagnostican una enfermedad grave, en general el entorno comprende de qué se trata [...] hay como una comprensión de eso, y en esto no, porque en realidad la gente no se muere de infertilidad o de trastornos reproductivos, pero se les ve afectado todo el proyecto de vida*” (Dlabach, Sofía 2019).

Conclusiones

Por lo desarrollado, se puede concluir que en ambos casos –enfermedades terminales e infertilidad– se podría plantear una equivalencia en las intervenciones, principalmente las psicoeducativas, para que el paciente pueda adquirir un rol más activo en la toma de decisiones que conciernen a su salud, y así sentirse en un mayor control de su propia vida, lo cual a su vez redundaría en una mayor adherencia al tratamiento (Veiga, M.; *et al.* 2013) (Peralta, M.L. & Carbajal, P. 2008) y un estilo de afrontamiento más adaptativo, basándose en expectativas realistas, que no sean ni demasiado positivas ni –especialmente– demasiado negativas.

Estas intervenciones pueden ser aplicadas por un profesional de la psicología, pero, también, por todo el personal tratante: médicos, enfermeros, personal administrativo, dado que el tratamiento empieza mucho antes de ingresar al consultorio propiamente dicho.

Bibliografía

Antequera Jurado, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro Río, C., y Ávila Espada, A. (2008). Principales Trastornos Psicológicos Asociados a la Infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 167-175.

Bonet, J. (2013). *Psiconeuroinmunoendocrinología. Cuerpo, cerebro y emociones*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones B.

Bulacio, J. M., Vieyra, M.C., Álvarez, C., & Benatuil, D. (2004). *Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp).

Daneri, M.F. (2012). *Psicobiología del Estrés*. [Diapositivas de Power Point]. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf

Dlabach, Sofía (2019). *La incidencia de los factores psicológicos en la infertilidad* (Tesis de Licenciatura, Universidad de Buenos Aires). Repositorio Institucional – Universidad de Buenos Aires.

Domar, AD., Zuttermeister, PC. y Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 14, 45-52.

Keegan, E. (2012). La salud mental en la perspectiva cognitivo-conductual. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 23, 52-56.

Peralta, M.L., & Carbajal, P. (2008). Adherencia al tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 17(3), 84-8.

Veiga, M., Puccio, M., y Tamburelli, V. (2013). ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad? *Reproducción*, 28(3), 79-89.