



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado
Modalidad: Producción teórica - Monografía

Preservación de la fertilidad en pacientes oncológicos.
Aportes desde la Psicología de la Salud

Valentina Bach Sena
CI: 4.667.334-8

Docente Tutora: Prof. Adj. Mag. Maria Carolina Farías
Docente Revisora: Prof. Agda. Dra. Ana Luz Protesoni

Montevideo, Uruguay
Octubre, 2023

Tabla de contenido

Resumen	3
Introducción	6
Capítulo 1. Conceptualizaciones y factores vinculantes: cáncer y fertilidad.	7
1.1 Diagnóstico de cáncer y conciencia de enfermedad	7
1.2 ¿Cuál es el impacto del cáncer en la fertilidad?	9
1.3 Oncofertilidad: estrategias para preservar la fertilidad	13
Capítulo 2: Técnicas de reproducción humana asistida y oncofertilidad	19
2.1 Técnicas de reproducción humana asistida	19
2.2 Preservación a partir de una necesidad y no un deseo.	21
2.3 Afectaciones psicológicas en oncofertilidad.	23
2.4 Avances en cuanto a legislatura y discusiones	27
Capítulo 3: Psicología y psicoprofilaxis en la oncofertilidad	31
3.1 Relevancia del rol del psicólogo/a en oncofertilidad	31
3.2 Accionar del Psicólogo y Psicoprofilaxis.	34
Síntesis	38
Referencias Bibliográficas	40

Resumen

El Trabajo Final de Grado aquí presentado, en modalidad de monografía, constituye un análisis reflexivo en torno a intervenciones médicas y la legislatura a favor del acceso a técnicas de reproducción humana asistida por parte de los pacientes oncológicos en Uruguay. Para ello, se realizó una recopilación de diferentes fuentes bibliográficas publicadas en los últimos 10 años.

En el último tiempo, fueron promulgadas nuevas leyes y protocolos que intentan proteger los derechos reproductivos y el acceso a ellos. Esto implica un avance, pero quedan también desafíos a los que nuestro país debe hacer frente y avanzar para lograr la inclusión integral que requiere el área de la oncofertilidad. A medida que van cambiando los modelos de percibir y accionar en torno a la salud sexual y reproductiva, el rol del Psicólogo/a se hace más evidente y trascendente, es por esto, que en el trabajo aquí presente se realiza una introducción a las principales afectaciones biomédicas relacionadas a los tratamientos oncológicos, y a las principales afectaciones psicológicas y emocionales que atraviesan la vida de las y los pacientes con cáncer que pueden ver afectada su condición reproductiva.

Palabras clave: Oncofertilidad - Psicología - Preservación de la Fertilidad - Técnicas de Reproducción Humana Asistida - Uruguay.

Summary

The final undergraduate thesis presented here, in the form of a monograph, constitutes a compilation of various bibliographic sources published in the last 10 years. Through these sources, a reflective análisis was conducted, incorporating recent updates regarding medical interventions and legislation in favor of Access to Assisted Human Reproduction Techniques for patients undergoing cancer treatment in Uruguay.

Recently, new laws and protocols have been established to protect reproductive rights and Access to these techniques. Undoubtedly, this represents progress, but there are still challenges that our country must face and overcome to achieve the comprehensive inclusión required in the field of oncofertility. As perceptions and actions regarding sexual and reproductive health evolve, the role of psychologists become more evident and significant. Hence, this work provides an introduction to the main biomedical impairments related to oncological treatments and the primary psychological and emotional challenges faced by cancer patients, whose reproductive condition may be affected.

Key words: Oncofertility - Psychology - Fertility Preservation - Assisted Human Reproduction Techniques - Uruguay.

Agradecimientos

A mi tutora, por acompañar la producción de este trabajo con serenidad y por transmitirme confianza, gracias por mostrarme el lindo lugar de la psicología en salud reproductiva desde su rol como docente y profesional.

A los/as docentes de la Licenciatura, por ser parte fundamental de mi camino en la institución y quienes demuestran un compromiso con la docencia que considero admirable.

A mi pareja, por su paciencia, motivación e infinito apoyo durante todo mi trayecto como estudiante universitaria y particularmente en el último tiempo.

A mis padres y a mi hermano, por el apoyo y sacrificio para brindarme una educación y lograr ser la primera generación en llegar a la universidad dentro de la familia.

Introducción

La temática del presente Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, surge a partir de interpelaciones personales en torno al momento cronológico en el cual un sujeto decide hacer uso de su habilidad reproductiva, y más específicamente de los factores biológicos que irrumpen en esa toma de decisiones específica, la afectación emocional y psicológica que viene de la mano de esto, y formas de accionar desde el área de la salud.

En ese sentido, este trabajo tiene por objetivo reflexionar sobre el proceso en el que se encuentra Uruguay actualmente en materia de legislación e intervenciones médicas a favor de la promoción de una salud reproductiva que incluya escenarios específicos que cada vez son más recurrentes, del cual la oncofertilidad forma parte.

A la vez, se propone realizar una descripción de los tratamientos oncológicos más comunes y que pueden afectar la fertilidad del paciente, las Técnicas de Reproducción Humana Asistida, y un análisis referido a los atravesamientos psicológicos más frecuentes y la importancia de contar con el acompañamiento del profesional calificado en el área.

Para lograr esto, en el Primer Capítulo (I) se presenta el concepto de la enfermedad de Cáncer, diagnóstico y conciencia de enfermedad, analizando el vínculo entre los tratamientos oncológicos y la fertilidad, insertando el concepto de Oncofertilidad.

En el Segundo Capítulo (II) se profundiza en el desarrollo del concepto y funcionalidad de las Técnicas de reproducción humana asistida que existen actualmente en nuestro país, realizando una descripción de los últimos avances en cuanto a normativa y acceso a TRHA, incluyendo en éstos la modificación del Art. 2º de la ley N° 19.167, y discusiones en este campo sobre nuevas parentalidades y procedimientos.

En el Tercer y último capítulo (III) se hace referencia a la especificidad que tiene el papel de la psicología y el rol del psicólogo/a en el campo de la oncofertilidad a la vez que se trae el concepto de psicoprofilaxis y su lugar en este campo de trabajo.

Todo esto se encuentra acompañado de los aportes teóricos de autores y autoras con publicaciones realizadas en los últimos 10 años con el objetivo de reflejar información actual en el área. Para finalizar realizo una breve síntesis interpelando los aspectos beneficiosos de estas últimas transiciones institucionales para los sujetos de la sociedad general, a la vez que exponer cómo el rol del psicólogo y los equipos de trabajo acompañan estas transformaciones, la importancia de su trabajo y el que queda por hacer.

Capítulo 1. Conceptualizaciones y factores vinculantes: cáncer y fertilidad.

“La calidad de vida solo puede describirse y medirse en términos individuales, y depende del estilo de vida actual, experiencia pasada, esperanzas para el futuro, sueños y ambiciones”.
Calman KC, 1984.

1.1 Diagnóstico de cáncer y consciencia de enfermedad

La Real Academia Española (2022) lo define como “Enfermedad que se caracteriza por la transformación de las células, que proliferan de manera anormal e incontrolada”, mientras que la OMS define al cáncer como “conjunto de enfermedades que se pueden originar en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo cuando células anormales crecen de forma descontrolada”. La tasa de supervivencia del cáncer es cada vez mayor y esto se da en respuesta a un conjunto de acciones y políticas de prevención y concientización, así como por el avance en los tratamientos y detección precoz que se han implementado en nuestro país en el último tiempo (Alaniz, 2020),

Si ponemos el foco en las personas que en edad reproductiva son diagnosticadas con cáncer, podremos ver la importancia de que el equipo médico a cargo esté capacitado para informar acerca del impacto que la enfermedad y su tratamiento tendrá en la fertilidad del paciente, ya que los tratamientos que explicitaremos más adelante en este trabajo, pueden obstaculizar la vida fértil del paciente de forma transitoria pero también definitiva.

Entonces, podemos decir que la idea de una posible afectación a la fertilidad como respuesta al tratamiento oncológico, puede tener impactos psicológicos significativos para estos pacientes y sobrevivientes (Alaniz, 2020).

Estos requieren de una atención psicológica adecuada a la particularidad de la situación (Rojas y Gutiérrez, 2016). El cáncer por sí solo tiene la capacidad de desestabilizar el balance en todos los ámbitos de la vida de la persona. El impacto que tenga esta noticia va a variar dependiendo del tipo de cáncer, opciones de tratamiento, los recursos económicos, recursos emocionales que el paciente tenga a su alcance y fundamentalmente la red de soporte socio afectiva; y en general supone un momento de crisis que muchas veces, puede llegar a afectar hasta la consciencia de enfermedad misma.

El solo hecho de enunciar la palabra “cáncer” evoca toda una serie de ideas preconcebidas, referencias personales temores y ansiedades relacionadas, que devienen de nuestro conocimiento o ignorancia, como la cercanía o lejanía con el tema oncológico. La referencia explícita o implícita de la muerte se encuentra profundamente abrazada a esta temática, (...) implica para la persona no solo un punto de reconocimiento de su experiencia como una amenaza o un desafío, en términos de una crisis, sino también un eventual desarrollo de manifestaciones psicológicas que podrían derivar de su interpretación, generando un terreno donde las/los terapeutas entrenados pueden incorporarse como facilitadores de los procesos involucrados, constituyéndose en un soporte válido para el acompañamiento de personas diagnosticadas con esta enfermedad. (Rojas y Gutiérrez, 2016, pp.29).

Es de gran importancia psicológica asimilar la enfermedad que le fue diagnosticada, ya que *“las vivencias traumáticas emergen cuando el evento disruptivo genera un destino obstructivo”* (Protesoni, 2021. pp.46), con esto se hace referencia a que al no poder asimilar el evento disruptivo, éste queda desligado, lo que puede generar una angustia masiva en el paciente y generar una vivencia traumática del proceso.

Al reconocer su enfermedad podrá trabajar con el psicólogo tratante, quien realizará una escucha activa, optimizará el proceso de comunicación del paciente, atenderá la comunicación no verbal y ayudará a facilitar la vía de comunicación entre el paciente y el resto del equipo (Alaniz, 2020), así la persona podrá manifestar sus miedos y ansiedades, y a la vez sumar información de calidad en cuanto a su salud, procedimientos y accesibilidad a técnicas en preservación.

Posterior al diagnóstico de una enfermedad oncológica el paciente recibirá información acerca del tratamiento al que podrá acceder y su forma de afectación. La duración de los procesos oncológicos puede ser muy variada (Rojas y Gutiérrez, 2016), va a depender en parte del tipo de cáncer y avance del mismo, pero hay que considerar que la mayoría involucran un largo período de tiempo, durante el cual se darán una multitud de situaciones que tendrán un efecto disruptivo en la vida de la persona, *“se podría decir que el diagnóstico genera rupturas identitarias y desencadena sucesivas pérdidas que marcan un antes y un después, al confrontar a la persona con la finitud”* (Protesoni, 2021. pp.43).

La noticia de un diagnóstico vinculado a una enfermedad que socialmente es visualizada como *incurable* puede llegar a generar un desequilibrio en el paciente, el cual inevitablemente será reflejado en su rutina diaria, contexto familiar y social, laboral y demás.

Nos es muy importante que la persona esté dispuesta a asumir la responsabilidad sobre su salud y que quiera integrar un equipo de trabajo liderado por ella, donde todos somos parte (familia, equipo médico, psicooncólogo, nutricionista, etc.) y cooperamos con el apoyo, nuestros conocimientos y todo lo que sea necesario: todo el equipo al servicio de su recuperación (Rojas y Gutiérrez, 2016, pp.145).

Entonces, se considera positiva la promoción de un ambiente de comunicación favorable durante el encuentro clínico, dar lugar a los pacientes para que puedan expresar sus preocupaciones y preferencias, y a partir de esto, lograr adaptar tratamientos adecuados en base a una toma de decisiones liderada por el paciente, definir un intercambio en el que se brinda información y se delibera de forma conjunta, partiendo de la base de que el paciente es quien tiene la mayor inversión en la decisión a tomar y que para esto, requiere del mejor acompañamiento, no solamente biomédico, sino también psicológico.

1.2 ¿Cuál es el impacto del cáncer en la fertilidad?

Comúnmente se considera que una persona es fértil cuando logra conseguir una gestación mediante prácticas sexuales recurrentes y sin método anticonceptivo durante un tiempo menor a un año, y es a partir de este periodo y teniendo presente la edad de las personas involucradas, que se comienza a considerar la posibilidad de una disfunción reproductiva por parte del varón o de la mujer. Ahora, ésta definición coloquial de fertilidad no es para nada inclusiva ya que asume la presencia del varón, pero excluye a la mujer sola -independientemente de su orientación sexual. Sotelo (2019) nos dice “*se defiende que la mujer pueda libremente decidir tener hijos sin embarcar en forma permanente en su proyecto de vida a ninguna figura masculina*” (pp.40).

Se toma a la familia tradicional como base para definir a la fertilidad y en esto se está dejando de lado el hecho de que, mediante técnicas de reproducción asistida es posible conseguir un embarazo, ya que la mujer que cuenta con los órganos sexuales requeridos para la gestación también debe ser considerada fértil, (Sotelo, 2019).

El Art. 6 de la Ley N° 19.167 (2013) Técnicas de Reproducción Humana Asistida, define a la infertilidad como “la incapacidad de haber logrado un embarazo por vía natural después de doce meses o más de relaciones sexuales”, la infertilidad no es una psicopatología en si misma, pero el diagnóstico y los tratamientos vinculados a la oncofertilidad conllevan un largo proceso que va de la mano de alteraciones y desajustes emocionales en la persona.

En parejas jóvenes la probabilidad de concebir un embarazo dentro de cada ciclo reproductivo es de un 20-25% (Ezquerro, 2019), es por esto por lo que se toma un rango de doce meses, ya que según este porcentaje el embarazo debería lograrse si las parejas cuentan con la adecuada salud reproductiva.

La infertilidad es comúnmente confundida como un factor casi exclusivamente femenino y esto no es correcto, ya que varón y mujer tienen la misma probabilidad de padecer una infertilidad. Ésta confusión puede darse debido a que la edad reproductiva de la mujer es más corta que la del varón, lo cual refiere a que a medida que la mujer envejece, la reserva ovárica¹ disminuye al igual que los folículos ováricos², y la calidad de los ovocitos³, aunque es importante destacar que la edad media de vida fértil para la mujer ha ido aumentando en las últimas décadas (Ezquerro, 2019).

Entonces, considerando que las afectaciones a la fertilidad tienen un gran lugar en la calidad de vida de todas las personas, encontramos importante direccionar la mirada hacia la prevención de enfermedades y procedimientos que puedan ser causantes de este tipo de padecimientos.

El cáncer es una enfermedad que afecta a gran parte de la población mundial de diferentes formas, según la OMS (2018) solamente en mujeres, el cáncer de mama es el que tiene la mayor incidencia, y le sigue el cáncer del cuello uterino. En el hombre, el cáncer de próstata es el más común, seguido por el cáncer de pulmón.

La oncofertilidad es un área de trabajo que conjuga aspectos de la enfermedad oncológica con la preservación de la fertilidad, y la calidad de vida de los pacientes. Sumada a la disrupción que genera en la vida de la persona un diagnóstico oncológico, se encuentra *“por un lado, la necesidad de iniciar lo más tempranamente posible el tratamiento*

¹ Término que hace referencia a la cantidad de ovocitos de los que dispone una mujer en un determinado momento de su vida. Este dato se utiliza para determinar el estado de su fertilidad.

² Pequeños sacos de líquido, ubicados en el interior de los ovarios, que albergan un óvulo inmaduro

³ La calidad ovocitaria es fundamental para conocer las oportunidades que se tiene para concretar un embarazo

oncológico indicado; y por otro, la complejidad añadida de decidir sobre la fertilidad futura” (Alaniz, 2020, pp. 199).

Existe una variedad de tratamientos oncológicos disponibles para combatir la enfermedad, a continuación se nombran algunos de éstos, diferenciados entre ellos por clasificación, y su aplicación dependerá entre otras cosas del grado de avance de la enfermedad.

Tabla 1.

<i>Clasificación</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Procedimiento</i>
Tratamiento Primario	<ul style="list-style-type: none"> Extirpar completamente el cáncer del cuerpo o destruir todas las células cancerosas. 	<ul style="list-style-type: none"> El tratamiento oncológico primario más frecuente para los tipos más comunes de cáncer es la cirugía. (Otros tratamientos pueden utilizarse de forma primaria)
Tratamiento Adyuvante	<ul style="list-style-type: none"> Destruir cualquier célula cancerosa que pueda quedar después del tratamiento primario para reducir la probabilidad de que el cáncer reaparezca. 	<ul style="list-style-type: none"> Las terapias adyuvantes frecuentes incluyen: quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal.
Tratamiento Paliativo	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar a aliviar los efectos secundarios del tratamiento o los signos y síntomas provocados por el mismo cáncer. 	<ul style="list-style-type: none"> La cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la terapia hormonal pueden usarse para aliviar los síntomas. Otros medicamentos pueden aliviar síntomas como el dolor o la falta de aire.

Fuente: Extraída de Mayo Clinic (2022).

Desde hace algunos años se pueden ver avances a nivel global en torno a la oncofertilidad, poniendo el foco en la importancia de motivar más y más investigaciones acerca del vínculo que tiene la salud reproductiva con la enfermedad oncológica, ampliando las opciones de accionar para el paciente que se encuentra en esta situación, pero que a la vez, cuenta con un posible deseo de convertirse en madre o padre a futuro, (Bermejo, et al., 2015).

Se puede localizar dentro de la clasificación de Tratamiento Primario (*tabla 1*) el momento adecuado para analizar la afectación a la fertilidad que los procedimientos relativos

a esta clasificación tendrán en el paciente, la cirugía siendo el tratamiento primario oncológico de preferencia, seguido por la quimioterapia.

Podemos decir que en mayor o menor medida la aplicación de un tratamiento oncológico frecuentemente pone en riesgo la fertilidad de mujeres y varones, como lo explican Bermejo et al (2015). Esto se da porque algunos de estos tratamientos en específico *pueden* ocasionar ciertas afectaciones en la vida fértil de estos pacientes, y en la siguiente tabla veremos algunos ejemplos:

Tabla 2.

<i>Tratamiento Oncológico</i>	<i>Afectación a la fertilidad</i>	<i>Otros datos</i>
<i>Quimioterapia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Afecta la reserva ovárica (amenorrea temporal o permanente). • Riesgo de fallo ovárico (daño en folículos). • Daño en los espermatozoides y células germinativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los efectos varían según el fármaco utilizado y la edad del paciente.
<i>Radioterapia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución o destrucción de los recuentos de espermatozoides y la concentración de testosterona, afectación del ciclo menstrual, daño grave en los ovarios y útero (Irradiación del abdomen, pelvis y columna). • Disminución de producción de testosterona, afectación de los ovarios y la producción hormonal (Irradiación del cerebro en zona hipotálamo-hipofisario). 	<ul style="list-style-type: none"> • Los efectos varían según la zona del cuerpo y la dosis que se administre. • Los testículos se pueden proteger mediante el blindaje testicular⁴.
<i>Cirugía / Manejo Quirúrgico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Extracción de órganos sexuales o vinculantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son muy variados los órganos que pueden estar vinculados a la fertilidad.
<i>Terapia Hormonal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de fallo ovárico. • Es teratógeno y por esto se debe evitar el embarazo durante el tratamiento. • Alteraciones sexuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento sistémico. • El nivel de riesgo depende de la edad de la persona.

⁴Se coloca una protección sobre el escroto (la bolsa exterior que contiene los testículos) durante la exposición a la radiación dirigida al área pélvica, es un tipo de preservación de la fertilidad (Mayo Clinic, 2022).

	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de masa ósea y muscular. 	
<p><i>Terapias dirigidas/ Tratamientos biológicos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falla ovárica y posibles defectos congénitos como malformaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los efectos varían según el tipo de medicamento y el objetivo del mismo. • Se puede utilizar sola o en conjunto con otros tratamientos.

Fuente: Extraída de (Bermejo et al., 2015) y American Cancer Society (2020).

1.3 Oncofertilidad: estrategias para preservar la fertilidad

Se puede definir a 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 et al., 2018, pp.57).

Se vincula al reconocimiento que existe hacia la importancia de proporcionar información adecuada y completa, brindar la posibilidad de acceder a técnicas que permitan preservar su fertilidad previo al comienzo del tratamiento oncológico. La Oncofertilidad, sería entonces la disciplina médica que se enfoca en brindar a pacientes oncológicos en edad reproductiva, un equilibrio entre el tratamiento de su enfermedad y la posibilidad de tener hijos en un futuro (Alaniz, 2020).

El desarrollo de la oncofertilidad surge como una especialidad *“impulsada por el aumento en perspectivas de vida que ofrecen los nuevos estilos de terapia oncológica”* (González, 2018, pp.01), ésto implicaría no enfocar la atención médica únicamente en el problema a tratar en el momento, ya que en ese caso no se estaría tomando en cuenta el bienestar general del paciente.

Un aspecto importante a destacar es que para que los pacientes oncológicos puedan acceder a técnicas preservativas de la fertilidad en Uruguay, se debe contar con la autorización del médico oncólogo tratante, quien deberá evaluar la viabilidad de postergar el comienzo del tratamiento oncológico durante el tiempo que requiere el proceso de estimulación hormonal, extracción y vitrificación de gametos, u cualquier otra intervención con este objetivo.

Son numerosas las estrategias que se pueden utilizar para la preservación de la fertilidad, más particularmente en los casos donde el paciente se verá atravesando alguno de los tratamientos oncológicos desarrollados en la *tabla 2*, y que puedan ocasionar una afección temporal o permanente a la salud fértil de la persona.

Para analizar ésto comenzaré por introducir el concepto de *Quimioprofilaxis* o profilaxis farmacológica, el cual hace referencia al uso de medicamentos para prevenir o reducir el riesgo de una enfermedad.

En la oncofertilidad ésta estrategia se puede utilizar para conseguir la supresión ovárica con el objetivo de proteger los ovocitos durante el tratamiento oncológico (Bermejo, et al., 2015).

La utilidad de este método está enfocado en prevenir la aparición de infecciones o condiciones médicas en personas que se encuentran en riesgo de salud, y en el contexto particular de la enfermedad del cáncer. La quimioprofilaxis puede referirse a la administración de medicamentos para prevenir el desarrollo de ciertos tipos de cáncer o para reducir el riesgo de recurrencia en personas que ya fueron tratadas por esta enfermedad.

Es poco común escuchar a profesionales de la salud hacer referencia a la Quimioprofilaxis en la Oncofertilidad, aunque ésta vinculación puede referirse al contexto del tratamiento del cáncer y la preservación de la fertilidad, más específicamente, al uso de medicamentos o enfoques farmacológicos que ayuden a mitigar los efectos adversos de algunos de los tratamientos oncológicos en la fertilidad (Bermejo, et al., 2015). Si vamos a la práctica se debería ver de manera habitual el trabajo en conjunto entre especialistas en oncología y fertilidad a favor de estrategias para minimizar el impacto en la fertilidad de algunos de los tratamientos que vemos en la *tabla 2*, la colaboración para prevenir efectos secundarios a largo plazo o permanentes en la fertilidad del paciente.

En el caso de la fertilidad de la mujer, muchos de los tratamientos oncológicos no quirúrgicos, afectan particularmente la reserva ovárica, lo que puede generar un mayor riesgo de pérdidas gestacionales, infertilidad, menopausia precoz y hasta puede llegar a provocar el cese de la actividad hormonal de la mujer, aunque este último sucede en la minoría de los casos (Lambertini et al., 2016).

En el caso de la fertilidad del varón, muchos de los tratamientos oncológicos afectan la producción de hormonas sexuales y espermatozoides, teniendo una afectación directa en la calidad espermática y la función reproductiva (Lambertini et al., 2016).

A continuación y con los aportes de Gallo (2020), Dalvit (2018), González (2018) y Scarella et al. (2017), se describirán algunas de las estrategias en preservación de la fertilidad más comunes en pacientes que serán sometidos a un tratamiento oncológico:

Período de Estimulación ovárica controlada y posterior extracción de ovocitos

La estimulación ovárica controlada (EOC) pretende simular el proceso de un ciclo menstrual, más particularmente con el objetivo de una maduración folicular ovárica múltiple, la cual se realiza de forma bilateral (en ambos ovarios). Con respecto a la efectividad de este tratamiento en pacientes oncológicos, Dalvit (2018) aclara que *“la estimulación ovárica y criopreservación de ovocitos fertilizados antes de la terapia oncológica es la mejor y más eficiente técnica de preservación de fertilidad y debería ser siempre considerada antes de la quimioterapia”* (pp.229).

El tiempo que requiere una EOC debe ser considerado con respecto al tiempo de acción que requiere el comienzo del tratamiento oncológico, cuanto antes se comience la estimulación ovárica, antes se podrá realizar el tratamiento. Aún así, se debe considerar el riesgo del proceso de EOC ya que el mayor riesgo asociado con este proceso es la posibilidad de la aparición del Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO), en caso de ésto suceder, generaría un retraso aún mayor en el comienzo del tratamiento oncológico.

El proceso de extracción de ovocitos tiene la finalidad de criopreservación de los mismos, y también la finalidad de obtención de embriones, mediante técnica de reproducción humana asistida (en adelante TRHA) como la fecundación in vitro (en adelante FIV) o la Microinyección espermática (en adelante ICSI), para la posterior criopreservación.

Criopreservación: embrionaria, de ovocitos, espermatozoides y tejido ovárico

La elección del tipo de tejido a congelar o criopreservar dependerá del tipo de cáncer, la edad del paciente, su sexo biológico y si cuenta con pareja sexual; el método más utilizado por las clínicas actualmente es el de criopreservación de embriones y ovocitos, además de destacarse estos tratamientos por su seguridad y eficacia.

- Embrionaria: Para este proceso se requiere de todos los pasos que forman parte de la FIV⁵, lo cual puede tener una demora mínima de entre dos y tres semanas, dependiendo del ciclo menstrual de la mujer, es por esto que la criopreservación embrionaria puede generar un retraso mayor al comienzo de la quimioterapia, además de que éste procedimiento requiere de pareja masculina o donación espermática.
- Ovocitaria: Este proceso requiere de una estimulación ovárica y posterior extracción ovocitaria para que estos ovocitos no fertilizados sean criopreservados, con la opción de posteriormente realizar con éstos una FIV. No requiere de pareja masculina o donación espermática en el momento y esto es algo que pone a este procedimiento por delante de la criopreservación embrionaria. Un aspecto importante a considerar es que la criopreservación de ovocitos tiene una considerable menor tasa de éxito comparada con la embrionaria. La vitrificación es un método por el cual el riesgo de daño ovocitario es menor.
- Espermática: Se realiza mediante un proceso de congelación lenta y no mediante la vitrificación. El tiempo por el cual se encuentre congelada la muestra no influye en su calidad espermática.
- Tejido ovárico: Esta es una técnica que puede utilizarse tanto en adultos como en niños y no requiere de una estimulación ovárica, lo cual evita el retraso al comienzo del tratamiento oncológico, tampoco requiere de pareja masculina o donación espermática en el momento. Requiere de un procedimiento quirúrgico para la recolección y para el posterior reimplante. La efectividad de esta técnica es incierta en mujeres mayores a los 40 años de edad ya que durante el proceso se pierde entre un 30%-50% de los folículos primordiales extirpados y a ésta edad la mujer tiene una reserva mucho menor, continúa siendo una técnica experimental.

Cirugía con criterio de preservación

Sabemos que los avances en técnicas para combatir la enfermedad oncológica han generado mayores tasas de éxito y de supervivencia, pero que también tienen un costo a la fertilidad para muchos de los pacientes, es por esto que la progresiva implementación de técnicas en preservación son fundamentales, y en palabras de Scarella et al. (2017) “*una obligación moral y legal para los centros de derivación oncológicos*” (pp. 07).

⁵ Éstos son: hiperestimulación ovárica controlada, punción folicular para la captación de ovocitos y la fertilización in vitro propiamente.

Todas las cirugías oncológicas con fin de preservación deben discutirse con el oncólogo, ponderando las tasas de éxito de la cirugía y de recurrencia de la patología de base, considerando a la cirugía ginecológica conservadora como principal elección.

A continuación, se describirán una serie de procedimientos y métodos quirúrgicos experimentales considerados novedosos y prometedores en cuanto a aplicación y efectividad:

- **Transposición Ovárica:** Esta técnica involucra la reubicación de él/los ovarios fuera del área de afectación de la radioterapia para evitar una afectación al tejido ovárico o directamente un fallo ovárico, en el caso de la quimioterapia, igualmente se afectaría al ovario ya que ésta es una terapia sistémica.

Este procedimiento es muy útil en el caso de radioterapia porque contempla la calidad de vida de la persona ya que previene la menopausia temprana y por ende también protege de enfermedades cardíacas, entre otras (Olascoaga et al., 2021).

- **Transposición Uterina:** Consiste en desplazar el órgano de la cavidad pélvica de manera temporal, para colocarlo en la cavidad abdominal y que éste quede fuera del campo de radiación que recibe el paciente oncológico en su tratamiento, es aún un método experimental y se realiza en casos muy específicos, como por ejemplo el cancer ginecológico, linfoma, cancer anal, cancer rectal, etc.

Este procedimiento quirúrgico tiene como objetivo principal la preservación de la fertilidad y se realiza en dos etapas, 7 días después de la intervención se realiza el procedimiento de radioterapia, y 8 semanas después de la radioterapia se efectúa la segunda intervención quirúrgica para retornar el útero a lugar (Olascoaga et al., 2021).

En Uruguay se realizó por primera vez este procedimiento en mayo de 2023, la paciente contaba con un diagnóstico de cáncer de vulva y debió recibir radioterapia pélvica, con un alto riesgo de afectación a útero y ovarios.

- **Traquelectomía radical:** Este método es experimental y puede ser parte del tratamiento para cáncer de cuello uterino, implica remover el cuello uterino de la matriz, 2 cm de vagina, parametrio y paracolpos para conseguir quitar la enfermedad localizada.

El procedimiento ha sido bien visto ya que tiene una efectividad parecida a la de la histerectomía radical. El cáncer de cuello uterino afecta a mujeres jóvenes menores de 45 años en un 40% de los casos (Olascoaga et al., 2021).

→ Criopreservación de tejido ovárico: Este procedimiento es experimental, pero con buenos resultados ya que permitiría recuperar la función hormonal ovárica y la reproductiva. Implica remover el ovario o una parte para luego vitrificar pequeños segmentos de éste, y con el alta oncológica la paciente puede solicitar que se le reimplante la materia congelada (Alaniz, 2020).

En general esta técnica se ofrece a pacientes prepúberes ya que no pueden tener una estimulación hormonal ovárica, en Uruguay no se encuentra legalizada esta opción.

→ Ovarios Artificiales: La idea central de esta técnica que Kim et al (2016) nos comparte, es permitir que los folículos puedan crecer en un ambiente similar al del ovario y generar una restauración en la fertilidad y función hormonal de la persona.

El ovario artificial incluye folículos y otras células ováricas que se aíslan, los cuales provienen del tejido ovárico del paciente, anteriormente criopreservado.

Hasta el momento esto es completamente experimental y los estudios dicen que es posible mediante una matriz tridimensional que hasta ahora han logrado la supervivencia y el crecimiento de folículos ováricos del ratón.

En los últimos años se han implementado una gran variedad de técnicas y aún hay muchos desafíos que quedan por trabajar en el área de la oncofertilidad. Todos estos avances representan un progreso y nos dan una idea de un futuro prometedor en cuanto a métodos para preservar la fertilidad del paciente oncológico, pero también en alternativas para quien lo necesite.

Capítulo 2: Técnicas de reproducción humana asistida y oncofertilidad

“Necesitamos teorías que nos permitan pensar en términos de pluralidades y diversidades, en lugar de unidades y universales.”
Joan W. Scott, 1992.

2.1 Técnicas de reproducción humana asistida

La ley N.º 19.167 vigente en nuestro país desde que se aprobó en el año 2013 realiza la siguiente definición de las TRHA: *“Se entiende por técnicas de reproducción humana asistida el conjunto de tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación de gametos⁶ o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo”* (Artículo N.º1).

Los últimos avances en biomedicina y tecnología biológica han permitido el desarrollo y posterior utilización de estas técnicas, en Uruguay un grupo de científicos pioneros en TRHA comenzaron a desarrollarlas en el año 1987 creando el primer centro enfocado en la fertilidad, pocos años después, en 1990 se logró acompañar el primer embarazo y posterior nacimiento mediante la fertilización in vitro.

La inclusión de las técnicas de reproducción humana asistida en el sistema de salud ha posibilitado que muchas parejas y mujeres solteras tengan acceso a embarazos y nacimientos exitosos, y no hay dudas de que esta implementación tiene un carácter revolucionario.

Según informe del Fondo Nacional de Recursos⁷ (junio, 2023) Uruguay registró en el período de 2015-2022 un total de 2099 nacidos vivos a través de técnicas de reproducción humana asistida de alta complejidad, para ser más específicos, se registró un total de 1799 partos de los cuales el 16,8% fueron embarazos múltiples.

Dentro de dichos números se encuentran los casos amparados por la modificación del artículo 2º de la ley N.º 19.167 que permite a pacientes oncológicos acceder a métodos para preservar la fertilidad, y especifica lo siguiente:

(...) La técnica de criopreservación de gametos también podrá aplicarse a todo paciente oncológico que, encontrándose en edad reproductiva (post púber hasta los 40 años), y de acuerdo a lo informado por su médico tratante y contando con el aval de la

⁶ Gameto: Célula sexual que cuenta con 23 cromosomas -Espermatozoide u Óvulo-.

⁷ Encargados de financiar (según solicitud) de forma total o parcial los procedimientos de TRHA de alta complejidad..

Dirección Técnica del prestador en el que se llevará a cabo el procedimiento, pudiera ver mermada o afectada drásticamente su fertilidad como consecuencia del tratamiento oncológico.

Otra opción de acceso a TRHA que incluye la ley antes mencionada tiene que ver con la posibilidad de subrogar un vientre, el cual contempla únicamente hasta un segundo grado de consanguinidad, el cual se encuentra habilitado únicamente a mujeres y parejas que por diagnóstico médico de infertilidad o riesgo alto no pueden concebir.

Existe un gran número de personas que acuden a la gestación subrogada⁸, ya sea por no poder gestar o por diagnóstico de infertilidad abarcando a varones y mujeres en todo el planeta, puede ser una gestación altruista⁹ o gestación comercial¹⁰, como especifica el artículo antes mencionado, ninguna de estos métodos se encuentra regulado legalmente en nuestro país.

Las técnicas de reproducción humana asistida se clasifican en dos grandes grupos, dependiendo de si se realizan dentro o fuera del aparato genital de la mujer.

Tabla 3.

<i>Clasificación de TRHA</i>	<i>Definición según Ley N° 19.167</i>	<i>Sus procedimientos</i>
Técnicas de baja complejidad	Aquellos procedimientos en los que la unión entre el óvulo y el espermatozoide se realiza dentro del aparato genital femenino.	<ul style="list-style-type: none"> ● Relaciones sexuales programadas¹¹ ● Inducción de la ovulación¹² ● Inseminación artificial¹³

⁸ Gestación subrogada (Uruguay): La persona gestante no tiene vínculo genético con los posibles embriones, los cuales pertenecen a la persona o pareja con quien establecieron el contrato de subrogación (Especificaciones en la ley N° 19.167).

⁹ Gestación subrogada altruista: Es una gestación sin motivación económica por parte de la mujer gestante (Acosta, M., 2018. "Gestación subrogada").

¹⁰ Gestación subrogada comercial: Es una gestación con motivación económica por parte de la mujer gestante, esta retribución debe exceder gastos médicos referentes a la gestación. Se encuentra aprobada su legislación en muchos países de norteamérica y centroamérica (Acosta, M., 2018. "Gestación subrogada").

¹¹ Relaciones sexuales de coito vaginal con eyaculación que deben coordinarse con la ovulación.

¹² Estimulación del ovario mediante un tratamiento farmacológico con el objetivo de lograr inducir el desarrollo de folículos (EOC).

¹³ En este procedimiento el semen previamente capacitado, se coloca en el útero con una cánula.

Técnicas de alta complejidad	Aquellos procedimientos en los que la unión entre el óvulo y el espermatozoide se realiza fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a éste los embriones resultantes, sean estos criopreservados o no.	<ul style="list-style-type: none"> ● Fecundación in vitro (FIV)¹⁴ ● Microinyección espermática (ICSI)¹⁵ ● Transferencia de embriones¹⁶ ● Criopreservación de embriones¹⁷ ● Criopreservación de ovocitos¹⁸ ● Criopreservación de gametos.¹⁹ ● Donación de gametos y embriones²⁰ ● Gestación subrogada (Caso excepcional) ● Utilización de semen donado (Método ROPA)²¹
------------------------------	--	--

Fuente: elaboración propia a partir de la ley N° 19.167 (Noviembre 2013) - Técnicas de Reproducción humana asistida. Montevideo

En muchos casos vinculados al tratamiento oncológico se encuentra la *amenaza* a la fertilidad (Lambertini et al., 2016) y esto puede provocar una gran angustia ya que son muchos los pacientes interesados en preservar la función reproductiva a futuro. Por este motivo, es importante hablar del acceso a estos procedimientos de forma temprana y romper con la idea de un imposible o inalcanzable para algunas personas (Sotelo, 2019).

2.2 Preservación a partir de una necesidad y no un deseo.

Según la última revisión que se realiza sobre la estimación del INE (2013) en cuanto a la edad media de maternidad, ésta ha incrementado en los últimos años, encontrándose hoy en 27,91 años el promedio en nuestro país. Diversos autores refieren a los cambios que se

¹⁴ Fecundación de gametas que sucede fuera del cuerpo y que incluye la fecundación in vitro (F.I.V) y además incluye a la microinyección espermática (ICSI). (Mayo clinic, 2022)

¹⁵ (ICSI) Proceso de FIV mediante el cual un espermatozoide es microinyectado directamente en el interior del óvulo con el objetivo de obtener embriones de buena calidad.

¹⁶ Consiste en depositar en el útero los embriones generados en laboratorio.

¹⁷ Procedimiento de congelación de embriones, previamente obtenida una cantidad de embriones mayor a la que se desea transferir (para evitar una nueva *posible* estimulación ovárica). (Mayo clinic, 2022)

¹⁸ Procedimiento de congelación de óvulos (se mantiene la calidad ovocitaria por el tiempo de la congelación).

¹⁹ Esta técnica implica a los óvulos y espermatozoides y según la modificación al art. N° 2 de la ley N° 19.167 podrá aplicarse a todo paciente oncológico (según los requerimientos que especifica dicha ley).

²⁰ Tratamiento de reproducción asistida. Tipos de donación dependiendo de la causa de infertilidad: 1-ovodonación/2-Óvulos propios y semen de donante/3-Doble donación óvulos y semen/4-embrioadopción.

²¹ Extracción y fertilización de ovocitos de una persona con semen de donante, para luego transferir esos embriones (obtenidos mediante este proceso) al útero de la mujer o pareja. (R.O.P.A) Recepción de ovocitos de la pareja

visualizan en la sociedad y que están vinculados a este aumento en la edad media de la maternidad.

Algunos de esos cambios son el retraso en la finalización de la educación, el auge de los métodos anticonceptivos eficaces, la opción legalizada de abortar un embarazo no planificado, la disposición a vivir en pareja antes de considerar la paternidad, y dificultades para ingresar al mercado laboral o elegir invertir en la carrera profesional antes de tener hijos (Aunión y Hernández, 2021. pp.04).

Esto nos habla de un cambio generacional en cuanto a la mirada hacia la maternidad y el deseo de reproducir-se ya que todos los aspectos nombrados anteriormente se pueden asociar a cambios sociales de la última década, en cuanto a aspectos legales y sobre todo en cuanto a estereotipos sociales y expectativas, (Aunión y Hernández, 2021).

En palabras de Alkolombre (2019), “*queda aún mucho camino por recorrer sobre el deseo de hijo en el hombre*” (pp.152) en diferencia con la mujer. El hombre soltero solo puede procrear mediante la gestación subrogada y donación de óvulos, lo que hasta el momento se encuentra prohibido en nuestro país.

En la historia siempre se vinculó el deseo de hijo al campo de lo femenino desde una perspectiva útero-centrista, sin embargo, sabemos que son muchos los hombres que solicitan el acceso a TRHA ya sea por infertilidad, esterilidad u otras afecciones relacionadas. Ésto nos habla del sufrimiento del hombre que no puede ser padre de forma *natural* (procrear) y de la importancia de la paternidad en la sociedad, ya que podemos dar cuenta de cambios que se van produciendo en las formas de paternar contemporáneas donde los hombres intervienen activamente en el sostén y crianza de los hijos, pero que a la vez coexisten con figuras de padres ausentes (Alkolombre, 2019).

En la actualidad, podemos ver a mujeres y varones realizando un análisis crítico en relación a la decisión acerca de tener hijos o el momento para tenerlos y los diversos tipos de afectaciones que implica. La decisión de postergación de la maternidad o paternidad conlleva la posibilidad de no tener cumplido todavía el deseo de hijo cuando irrumpe el diagnóstico oncológico, sobre todo en adultos jóvenes (Aunión y Hernandez, 2021) .

Si tomamos en cuenta lo nombrado anteriormente e imaginamos el escenario en que se encuentra el paciente oncológico cuyo tratamiento generaría una afectación a su vida fértil, podremos ver la dificultad y desafío que puede implicar verse forzado a tomar una decisión

en cuanto a la preservación de su fertilidad en un momento de la vida en el cual tal vez no se encuentre preparado para esto, ya sea por el hecho de haber recibido un diagnóstico con una connotación social y médica muy importante en cuanto al grave peligro que esta enfermedad ocasiona (Rojas y Gutiérrez, 2016) o también por el hecho de encontrarse en una edad y/o momento en el cual aún hay mucha inseguridad vinculada a la decisión y deseo de hijo.

2.3 Afectaciones psicológicas en oncofertilidad.

Tomar una decisión en cuanto a la preservación de la fertilidad previo al comienzo del tratamiento oncológico puede ser muy desafiante, sobre todo teniendo presente la dificultad implícita de recibir un diagnóstico oncológico y todo lo que esto conlleva. Dentro de las emociones negativas y síntomas predominantes podemos encontrar a la depresión, ansiedad y estrés, todos éstos pueden ser parte del desajuste emocional del paciente (Pérez y Barraca, 2014).

La presencia de un trastorno del estado de ánimo como la depresión es común en estos pacientes por razones muy variadas. Pérez y Barraca (2014) argumentan que a partir de la recepción de un diagnóstico oncológico, algo que en la mayoría de los casos es muy impactante y genera mucho miedo, la idea de una futura afectación a la fertilidad a causa de tratamientos oncológicos, puede generar una afectación emocional y mucho estrés. Se debe considerar el impacto que algunos tratamientos oncológicos pueden tener en la imagen corporal y el vínculo que esto tiene con la identidad personal; por todo esto y más:

La detección oportuna de la depresión en pacientes oncológicos reviste suma importancia, ya que hacer un diagnóstico confiable conlleva un mejor manejo no solo de la sintomatología causada por la enfermedad oncológica, sino también una adecuada intervención en lo que se refiere a los síntomas de depresión (Diz, 2019. pp.119).

El aislamiento social, que viene como síntoma de este trastorno, puede ser particularmente perjudicial en este tipo de casos ya que la familia es la mayor fuente de apoyo afectivo y económico. Los conflictos familiares durante este proceso pueden generar una afectación negativa en el curso de la enfermedad (Diz, 2019).

Por su parte, la ansiedad es otro de los trastornos que se presentan con frecuencia relacionado a estos temas. Según la última actualización del DSM-V existen 11 tipos de

trastornos de ansiedad y la prevalencia de éstos se encuentra en constante aumento, lo que habla de una clara necesidad en cuanto a capacitación del personal de la salud en herramientas de detección. Carballo et al. (2019) postulan que *“la ansiedad se define como la anticipación a una amenaza futura que surge de la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, evocando un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia”* (pp.02), entonces, cuanto antes se identifique la presencia de la ansiedad, más grande es la probabilidad de que se pueda prevenir la progresión de formas más severas de un trastorno.

Él estrés también es un síntoma esperable, ya que el tiempo con el cual se dispone es un gran estresante que atraviesa todos los momentos del proceso, y en este tipo de situaciones puede parecer muy limitado, lo que genera que todos los procesos enfocados en prevención deben analizarse y organizarse en torno a lo cronológico de los tratamientos oncológicos (Pérez y Barraca, 2014). La Organización Mundial de la Salud (2023) refiere al estrés como un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil; lo que debemos hacer como profesionales es tratar de evitar que ésto sea vivenciado como una situación traumática para el paciente, pero en caso de sí serlo, actuar en consecuencia y utilizar los recursos necesarios para brindar el acompañamiento psicológico que la situación amerita (Mestre, 2015).

Cuando una persona se ve enfrentada a un diagnóstico oncológico el cual involucra una casi inmediata toma de decisiones, es esperable que el estrés esté presente, pero debemos tener en cuenta las diferentes vivencias de ésto, *“...los síntomas causados por el estrés pueden variar en función de la persona, al igual que las estrategias que se aplican para hacerles frente”* (OMS, 2023). La vivencia de un diagnóstico oncológico puede tener diversas formas y va a depender de la capacidad que tenga la persona para reabsorber el evento y crear a partir de éste un tipo de resiliencia.

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) clasifica al cáncer como un fenómeno estresante simple, cuando previamente fue considerado algo traumático, Protesoni (2021) sostiene que *“al redefinirse el cáncer como un factor de estrés, este en algunos casos puede ocasionar un Trastorno por Estrés Agudo y en otros casos muy específicos generar trastornos de Estrés PosTraumático (TEPT)”* (pp. 53).

Por otra parte, desde la oncofertilidad es frecuente que nos encontremos con dos procesos de duelo que tiene sus particularidades: el duelo oncológico y el duelo genético.

→ Proceso de Duelo Oncológico:

El factor cronológico en cuanto a oncofertilidad no va de la mano con el proceso de duelo según Castillo et al. (2023), ya que para el paciente oncológico este proceso depende de una multitud de factores y se encuentra muy vinculado a la conciencia de enfermedad y capacidad de afrontamiento. En la mayoría de los casos, esto requiere de un tiempo específico y herramientas psicológicas que ayuden a procesar esta nueva realidad. En un reciente estudio, Castillo et al. (2023) realizan un estudio cualitativo sobre el proceso de duelo oncológico, incluyendo a varones y mujeres con diagnóstico de cáncer, el cual tuvo el siguiente resultado:

Tabla 4.

<i>Categoría 1: Afrontamiento interno tras el conocimiento de la enfermedad</i>	<i>Categoría 2: Generando una nueva vida por el cáncer</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Búsqueda de la verdad confirmatoria</u>: proceso que la persona atraviesa hasta el momento del diagnóstico ● <u>Reacción inicial tras conocer el diagnóstico</u>: Emociones, sentimientos y actitudes iniciales ante el conocimiento de la enfermedad oncológica. ● <u>Empezando a conocer el cáncer</u>: el paciente empieza a conocer su propia vivencia del cáncer. 	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Reconocimiento de redes de apoyo</u>: Engloba el apoyo constante que recibe el paciente oncológico de su entorno más cercano para satisfacer sus necesidades básicas y afrontar este nuevo desafío. ● <u>Cambios en la vida por el cáncer</u>: Se centra en cualificar la repercusión y el desenvolvimiento del paciente en su nuevo entorno, abarca la cotidianidad y el cáncer. ● <u>Fortaleciendo la espiritualidad</u>: La religión y/o la espiritualidad como rol importante, nutre de esperanza y ayuda a resignificar la experiencia y buscar un sentido a la vida y la enfermedad. ● <u>Afrontamiento ante la nueva realidad</u>: Está relacionada a la fase de aceptación y asimilación de la enfermedad oncológica.

Fuente: Extraída de Castillo et al. (2023).

Recibir un diagnóstico oncológico implica un duelo a la pérdida de la salud, cambios corporales, pérdida de la vida cotidiana que está a punto de cambiar dada la sintomatología y cuidados que requiere, además del proceso de tratamiento oncológico que en muchos casos incluye una pérdida de independencia en el paciente.

Existen diversas pérdidas frente a un diagnóstico oncológico y sus tratamientos; los registros de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (2019) muestran que la incidencia del cáncer es menor en pacientes jóvenes, y por esta razón en clínica es un tema de baja frecuencia ya que queda opacado por la amenaza de vida, en palabras de Protesoni (2019) *“el diagnóstico genera rupturas identitarias y desencadena sucesivas pérdidas que marcan un antes y un después, al confrontar a la persona con la finitud”* (pp.43). Cada proceso de duelo es diferente y único en cuanto a cómo éste se procesa, en general inicia con una crisis aguda y continúa hasta, en el mejor de los casos, lograr aceptar esta nueva realidad y condición.

→ Proceso de Duelo Genético y Proyecto Vital:

Refiere a la experiencia emocional ante la pérdida de la capacidad de tener hijos biológicos o la amenaza ante esta posibilidad por un causante como lo es el tratamiento oncológico. En cuanto al duelo genético, Campitelli (2018) argumenta sobre la forma en que parejas heterosexuales que deben recurrir a la donación de gametos se visualizan, y algunas otras inquietudes, como por ejemplo la extrañeza de tener que recurrir a un tercero para lograr un embarazo, el temor a que el hijo nacido de donante anónimo no tenga un parentesco fisiológico y en cuanto a la diferente personalidad del futuro niño, el miedo al no poder identificar a ese niño como propio.

“Tener hijos ligados genéticamente es percibido como un éxito” (Alaniz, 2020, pp.205), es en estos casos donde percibimos el nivel de intervención de la presión sociocultural en cuanto a la filiación materna y paterna, ocasionando una afectación al vínculo, y el no poder cumplir con las expectativas de la transmisión genética puede implicar un duelo muy importante, a esto se le llama duelo genético.

Ahora bien, enfrentar la situación de ausencia de un vínculo genético entre padres/madres e hijos/as –como sucede en los casos de donación de óvulos o de semen– conduce a que los sujetos reflexionen y resignifiquen el peso que se otorga a esa sustancia compartida para definir la maternidad, la paternidad y la identidad de los/as hijos/as (Smietniansky y Roca, 2022, pp.39).

Existen fantasías muy específicas relacionadas a las TRHA. Por ejemplo, en varones se puede visualizar la afectación a la *virilidad* en cuanto a la participación de un tercero en la

donación de gametos, el hecho de que su pareja se deba someter a un proceso invasivo que no tiene nada que ver con lo *natural*, para lograr el embarazo.

El proyecto vital de la persona también toma aquí un lugar importante, la amenaza ante la pérdida de la capacidad reproductiva a futuro o el padecimiento de una infertilidad como resultado de tratamientos oncológicos específicos puede derivar en el tránsito de un duelo que involucra una reorganización vital y un momento de mucha vulnerabilidad para el paciente.

2.4 Avances en cuanto a legislatura y discusiones

→ Acceso a TRHA y legislatura en Uruguay

Para comenzar este apartado se debe tener presente la información proporcionada en la *tabla 3* del capítulo 2.1 de este trabajo, ya que allí se describen y definen las técnicas de baja y alta complejidad en reproducción humana asistida.

El *Manual de procedimientos para el manejo sanitario en reproducción asistida* (según ley N°19.167, 2013) nos brinda información acerca de los criterios de inclusión y exclusión para acceder a TRHA, los cuales incluyen: edad, reserva ovárica, obesidad, salud psicofísica, enfermedades infecciosas, adicciones, bienestar del niño (detección de violencia y/o abuso), mujer sin pareja o con pareja del mismo sexo, características del semen, adherencia al tratamiento.

Recientemente, en el mes de julio de 2022, se aprobó por unanimidad en el parlamento un proyecto de ley que modifica el Artículo 2° de la ley 19.167 (2013), ésta modificación busca asegurar la preservación electiva de la fertilidad en pacientes oncológicos, brindando una cobertura para acceder a la criopreservación de gametos masculinos y femeninos en pacientes post-púberes que se encuentren en edad reproductiva y tengan menos de 40 años de edad.

Aunque aún no se encuentra disponible el dato estadístico acerca del número de pacientes que hicieron uso del nuevo beneficio que brinda la modificación a la ley en Uruguay, según datos de la página del fondo nacional de recursos podemos decir que desde el 15/05/2015 hasta el 31/12/2021 ingresaron al FNR un total de 4.865 solicitudes de cobertura financiera para TRHA de alta complejidad.

Esto nos habla de un periodo relativamente extenso para la cantidad de solicitudes que vemos reflejada en este dato, y puede estar relacionado a que previo al 2015 no contábamos con la cobertura por el Sistema Nacional Integrado de Salud y el acceso a TRHA implicaba costos muy elevados. La siguiente tabla compone información brindada por el FNR acerca del costo económico de los tratamientos de alta complejidad:

Tabla 5

<i>PRECIOS BASE PARA CÁLCULO DE COPAGOS</i>	<i>IMPORTE EN \$</i>
Ciclo completo FIV/ICSI/OVODONACIÓN	310.951
Transferencia de embriones criopreservados	79.548
Tratamiento con semen donado	11.054
Biopsia testicular	109.205

Fuente: Tabla de copagos- TRHA. Fondo Nacional de Recursos/Uruguay.

Visualizar estos datos puede generar la concepción de inaccesibilidad para algunas personas que desestiman la opción de utilizar las técnicas, la falta de información proporcionada por profesionales de la salud a partir del sesgo de suponer que algunos pacientes no podrán costear los tratamientos es una falta ética e influye al momento de asesorar, esto nos dice que el nivel socioeconómico de los pacientes también forma parte de la barrera de acceso (Salsman et al., 2021).

Existe una falta en cuanto a literatura disponible acerca de la afectación a la fertilidad que tienen algunos tratamientos oncológicos y por ende también en acceso de estrategias en preservación. En el caso del acceso a TRHA mediante copagos del FNR las personas más beneficiadas son las que cuentan con menores recursos ya que el porcentaje de financiación es total para las personas o parejas que cuenten con un ingreso mensual de hasta \$ 56.660, a partir de este número se comienza a abonar un porcentaje del costo que vemos en la Tabla 5 (25%, 50%, 75%, 85%), el FNR siempre va a cubrir el 15% del costo.

Proporcionar a los médicos información sobre los efectos del tratamiento del cáncer en la fertilidad y las opciones para preservar la fertilidad no es suficiente para garantizar que discutirán estos temas con sus pacientes (Levine et al., 2015, pp.1537).

Varios factores influyen en el acceso al asesoramiento en oncofertilidad, y a pesar de que hoy en día son muchos los avances en cuanto a tratamientos de preservación de la fertilidad, siguen existiendo debates acerca de la manera de aplicar las técnicas y de su eficacia, algunos de éstos debates son de índole moral, ético, religioso, etc.

Las principales barreras a las que Salsman et al. (2021) hacen referencia, tienen que ver con el acceso a cobertura e información sobre costos en el sistema de salud, a la falta de conocimiento o inseguridad con respecto a esto por parte de médicos y a las características de la enfermedad oncológica, pero sobre todo, es una gran barrera que a nivel social no sea considerado como un problema, y por ende no hay demanda.

Esto nos habla de una necesidad de investigaciones que promuevan el desarrollo de más estrategias con el objetivo de conseguir una mejor tasa de éxito en los pacientes que se someten a estos tratamientos.

→ Debates y discusiones actuales

Sotelo (2019) nos informa sobre dos puntos muy debatidos del Proyecto de ley:

El primer tema es el tratamiento del embrión humano: aquí se debate acerca de si el embrión no implantado debería de ser considerado ser humano y por ende, portador de derechos.

El siguiente tema refiere a las repercusiones en la institución familiar que pueden causar los avances de la biotecnología: el debate está enfocado desde la preocupación acerca de la posibilidad de que una mujer sola o en pareja del mismo sexo pueda gestar sin la necesidad de la presencia del hombre.

Participando de estas discusiones se encuentran actores como: la colectividad religiosa (polo radical y restrictivo), organizaciones feministas (polo libertario y a favor de los avances de la biotecnología), la comunidad científica y legisladores (polo heterogéneo sin una postura unificada). Independientemente de la posición, todos estos actores participan activamente de las discusiones (Sotelo, 2019).

Esta lucha emprendida por los sectores tradicionales de nuestro país, tiene como fin actuar política e institucionalmente con las medidas adecuadas para proteger "la" familia (cuya unidad tradicional se compone de una pareja hombre-mujer y sus hijos). (Sotelo, 2019, pp.44).

Analizando el lugar de la familia tradicional, cabe agregar que muchos factores sociales a lo largo de la historia impactaron la visión y evolución de los roles de género, y en este debate quienes se plantean a favor de la familia tradicional o el miedo a perderla deben

ampliar la mirada de la familia, ya que se ha demostrado que las relaciones de género tienen impacto en el mundo laboral y profesional, la educación y más.

El debate en cuanto al acceso a TRHA involucra la desestructuración de la familia tradicional y la participación de una lucha ideológica entre actores como los mencionados anteriormente con miradas opuestas que se encuentran presentes en un mismo momento histórico.

Existe inseguridad sobre la regulación y la función de derecho en torno al avance de las tecnologías biológicas, Sotelo (2019) hace referencia a algunos aspectos que llaman particularmente la atención y son foco de debate, como nombramos anteriormente uno de los temas es la posibilidad de acceso a TRHA por parte de mujeres solas o en parejas del mismo sexo, por otro lado encontramos el debate en torno al destino de los embriones excedentes de la FIV, y también el dilema ético de la fecundación post-mortem.

Con respecto a los embriones excedentes, existe la posibilidad de donar éstos embriones criopreservados no utilizados a personas con problemas de fertilidad, continuar con la criopreservación de los mismos, o relevar la responsabilidad a la clínica médica; éstas son algunas alternativas para embriones u óvulos no utilizados. En cuanto a la fecundación post-mortem, el Art. 9° de la ley 19.167 nos informa *“Podrá realizarse fertilización de gametos o transferirse embriones originados en una persona que hubiere fallecido, siempre que ésta hubiera otorgado previamente por escrito su consentimiento para ello y dentro de los 365 días posteriores a su fallecimiento”*.

El debate continúa y esta bien que así sea ya que el avance de las tecnologías biológicas y TRHA sigue en aumento de forma rápida y con suerte la posible llegada de nuevos métodos y técnicas en un futuro podrán brindar mejores tasas de éxito, ayudar a definir el verdadero riesgo a la fertilidad en oncología en cada caso específico y brindar mejores herramientas en prevención (Levine et al., 2015).

Capítulo 3: Psicología y psicoprofilaxis en la oncofertilidad

"Así pues, el debate sobre el futuro se basa en una "variable proyectada", en una "causa proyectada" de la actuación presente (personal y política) cuya relevancia y significado crecen de una manera directamente proporcional a su incalculabilidad y a su contenido de amenaza; una causa que proyectamos (que tenemos que proyectar) para determinar y organizar nuestra actuación presente".
(Beck, 1986.p.40).

3.1 Relevancia del rol del psicólogo/a en oncofertilidad

La medicina siempre ha sido una disciplina cuyas prácticas se encuentran distanciadas de los aspectos psicológicos de los pacientes, sin considerar los componentes que impactan la vida de éstas personas, y aunque aún está presente la idea de que el ámbito hospitalario es un lugar de intervención que tiene sus particularidades ya que se encuentra determinado por quienes forman parte de él (Nogarol, 2021), es importante destacar que desde la psicología y la medicina., se han logrado crear diversos espacios y ramas con un enfoque de valoración integral del paciente.

El lugar que ocupa la psicología en la oncofertilidad involucra el desafío de la convergencia entre la práctica psicológica y la medicina. Es un campo de acción e intervención que requiere por parte de los actores involucrados una flexibilidad, capacidad de organización y habilidades sociales y profesionales a favor de brindar una atención integral en salud (Alaniz, 2020).

Éste desafío, en cuanto a la convergencia de la psicología con la medicina, está fundada en parte a razón de que el psicólogo fue siempre considerado un auxiliar o ayudante lejano de la medicina , aunque los aspectos psicológicos de la enfermedad son innegables (Rojas y Gutiérrez, 2016). Para que el lugar del psicólogo tenga relevancia en el área hospitalaria fue necesario un cambio de paradigma, dadas las limitaciones y faltas que el modelo biomédico implicaba, lo que trajo consigo una visión mucho más completa de lo que es la atención en salud.

Las prácticas psicológicas en tratamientos de fertilidad son relativamente nuevas en Latinoamérica (Alaniz, 2020). Esto se visualiza por la falta de profesionales de psicología en ámbitos hospitalarios especializados, siendo los psicólogos una gran minoría en comparación con el resto de los actores implicados en el área.

Entonces, el tratamiento oncológico y la oncofertilidad presentan un área de trabajo muy compleja que claramente no puede ser abordada por una sola disciplina. Para eso es esencial la colaboración y participación de los profesionales de las diversas disciplinas involucradas en todos los sectores que pueden ser partícipes en brindar una atención integral en salud más amplia, este es el desafío.

El trabajo e intervención interdisciplinaria a favor de trabajar con el paciente la implicación psico-afectiva del diagnóstico oncológico debe comenzar desde un primer momento dado todo lo que involucra para el paciente esta nueva realidad, una potencial infertilidad debido a un tratamiento oncológico agrega dolor y sufrimiento al proceso, (Salsman et al., 2021). Es decir que, además de información de calidad, los pacientes requieren de soporte emocional, el cual implica necesariamente:

Intervenciones psicológicas específicas tales como: Manejo de emociones (ansiedad, incertidumbre, depresión, ira, culpa); toma de decisión acerca de los tratamientos; relaciones y comunicación con el personal sanitario; preocupaciones acerca de los síntomas de la enfermedad, mantenimiento de la comunicación y el apoyo familiar (Rojas y Gutiérrez, 2016, pp.74).

Brindar un asesoramiento de mayor calidad y un tratamiento integral es parte del asesoramiento adecuado en la práctica clínica. Según Oktay et al. (2018) este modo de trabajo forma parte de las acciones recomendadas en la Guía de práctica clínica de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), destacando la necesidad del trabajo coordinado entre oncólogos, psicólogos, especialistas en fertilidad y más.

La conformación de equipos interdisciplinarios cuyo propósito sea, en este caso, integrar el trabajo de la oncología, la salud reproductiva y los aspectos psicosociales que atraviesan al paciente, resulta esencial, sumado al reconocimiento del grado de riesgo que existe en cada paso. *“El hecho de que el Psicólogo pueda pertenecer al equipo asegura al paciente la facilidad del acceso al consejo de apoyo y de implicación así como el intercambio interdisciplinario”* (Ormart et al., 2020, pp.73).

Dentro de los ámbitos en los que trabaja el profesional en psicología encontramos a la psicología hospitalaria, psicología de la salud, psicología médica, entre otros. La relación que tiene el psicólogo hospitalario con el resto de los departamentos de la institución (por ejemplo: oncología, endocrinología, cuidados paliativos, entre otros) va a variar en función de si el profesional forma parte del equipo que atiende al paciente, y en este caso se trabaja en base a una demanda y consenso dentro del equipo, o de si forma parte de un servicio de consulta y derivación (Fuentetaja, 2019).

Es beneficioso que el psicólogo hospitalario sea parte del equipo que atiende el paciente por muchas razones; brindar una atención integral y una intervención temprana, la cual puede prevenir mayores complicaciones, previene la toma de decisiones no reflexionadas, y además, el psicólogo que forma parte del equipo puede acompañar a la familia del paciente quienes se ha demostrado que atraviesan mucho estrés y son miembros fundamentales en el proceso de acompañamiento y apoyo del paciente (Fuentetaja, 2019).

Por su parte, la psicología médica puede estar involucrada en la asistencia, investigación y educación, integrando la consulta médico psicológica, teniendo entonces un alcance más amplio que el psicólogo hospitalario, en palabras de Dapuetto (2016) “*en ocasiones, la interconsulta puede no estar focalizada en el paciente sino en el equipo de salud*” (pp. 200), en este caso el médico tratante busca orientación psicológica para comprender el comportamiento del paciente y buscar una mejor forma de accionar y conectar con éste, adicionalmente, muchas veces el paciente y su familia tienen conflictos con la institución y refieren a psicólogo para una mejor comunicación y entendimiento entre las partes involucradas.

Entonces, una atención integral al paciente que padece la enfermedad, asociada con mayores tasas de cura y supervivencia a largo plazo, junto con todos los avances que hemos visto en el último tiempo en cuanto a tratamientos a la fertilidad, habla de lo imperativo de que la preservación de la fertilidad sea considerada como parte del cuidado de estos pacientes, que no sea visto como una opción que muchos desconocen o eligen no priorizar, pero por sobre todo que empiece a ser analizado como parte del problema.

3.2 Accionar del Psicólogo y Psicoprofilaxis.

El psicólogo que trabaja el ámbito de las TRHA debe poseer diversas habilidades, en principio debe proporcionar información actualizada y una orientación a las personas que deciden recurrir a estas técnicas. Su trabajo implica comprender los factores emocionales, abordar ansiedades y dudas en cuanto al deseo de hijo (Salomé, 2015).

El concepto de Psicoprofilaxis al que Nogarol (2021) hace referencia en su tesis, tiene que ver con la preparación psicológica y emocional para un evento o situación que puede generar estrés y/o ansiedad. En el contexto de la oncofertilidad este término se vincula al apoyo psicológico y emocional que se brinda a los pacientes que enfrentan tratamientos contra el cáncer y la preservación de la fertilidad; teniendo en cuenta que el concepto de profilaxis que la RAE (2022) nos brinda, está vinculado a la preservación en la enfermedad.

Nogarol (2021) realiza la siguiente aportación, haciendo referencia al dinamismo de la propia definición ya que se ha aplicado de diferentes maneras pero pocas veces bajo el mismo término; *"En la actualidad, el marco conceptual de la psicoprofilaxis se abre, amplía y flexibiliza con estrategias y técnicas en reformulación para trabajar con todos los niveles que participan directa e indirectamente en el acto quirúrgico"* (pp.49).

El diagnóstico de cáncer puede ser una experiencia desequilibrante y de igual forma su tratamiento conlleva un desafío físico y emocional, si además, a esto le sumamos el proceso de toma de decisiones con respecto a formas para preservar la fertilidad antes de someterse a tratamientos oncológicos de por sí muy agresivos, suma incertidumbre y mucha preocupación por el futuro de su salud biológica y reproductiva (Nahmod, 2020).

El apoyo Psicoprofiláctico en la Oncofertilidad puede brindar un asesoramiento y espacio seguro para que los pacientes puedan expresar sus preocupaciones y miedos referentes al diagnóstico y a las decisiones que deben tomar respecto a su futuro fértil, todo esto es muy abrumador.

La Psicoprofilaxis Quirúrgica como área asistencial clínico-preventiva, es un campo de acción en creciente desarrollo que exige de la intervención de un gran grupo de profesionales de la salud, de diversas profesiones. Requiere de una mirada multidimensional, abierta y flexible, que aborde la complejidad del proceso quirúrgico en contexto. En esta instancia, cobra especial relevancia la interdisciplina como puente

para lograr los resultados esperados para esta práctica. Por este motivo, el conocimiento y la formación clínica es de gran importancia, así como las estrategias de intervención construidas en equipo (Nogarol, 2021, pp.82).

Es por esto que se hace énfasis en la importancia de que el equipo médico que trabaja en oncofertilidad pueda comprender la importancia de abordar los aspectos médicos y fisiológicos, pero a la vez también abordar las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes ya que estos van de la mano, la Psicoprofilaxis puede ayudar a los pacientes a gestionar estas emociones para lograr tomar decisiones informadas (Nahmod, 2020).

Teniendo presente que los tratamientos oncológicos pueden en muchos casos ocasionar una infertilidad y de lo doloroso que puede ser este proceso, es a destacar la importancia del acceso a tratamientos de preservación de fertilidad a través del Estado por un costo bajo, o en algunos casos sin costo; lo que tendría efectos muy positivos y esperanzadores para quienes están cursando una enfermedad oncológica (Sotelo, 2019).

Cabe aclarar que en nuestro país y en cuanto a técnicas de reproducción humana asistida, existe la obligatoriedad de Informe psicológico únicamente ante dos tipos de escenarios: i) trabajo con el donante de material genético, como receptor del mismo; ii) trabajo en los procesos de gestación subrogada para todas las partes, quien subroga y quien solicita la subrogación.

Esto quiere decir que, en TRHA no hay evaluación y acompañamiento psicológico asegurado, al igual que en pacientes oncológicos que solicitan información sobre métodos para preservación de fertilidad.

Las afecciones a la fertilidad han sido tratadas a lo largo de la historia desde una perspectiva biomédica únicamente, pero como lo han demostrado las últimas actualizaciones, se requiere cada vez más una intervención integral donde se trabaje con equipos interdisciplinarios porque, como nombramos anteriormente, la elección de utilizar TRHA no está asociada únicamente a razones biológicas, infertilidad o dificultad para concebir (Alaniz, 2020).

A pesar de que una multitud de autores recomiendan el acompañamiento del psicólogo desde el primer momento en que la persona se encuentra recibiendo un diagnóstico como lo es el oncológico, es al momento de tener que abordar un tratamiento en preservación

de la fertilidad cuando el rol que cumple el profesional en psicología especializado en TRHA demuestra su importancia.

En cuanto a la intervención psicoterapéutica, Alonso et al. (2018) nombran una serie de acciones propios del psicólogo que trabaja en oncofertilidad y TRHA:

- Brindar información: De forma clara y completa en cuanto a temas específicos de accesibilidad a tratamientos, revisando los posibles escenarios de acción en una línea de pensamiento conjunta.
- Crear un ambiente facilitador de la expresión emocional del paciente: generar un espacio que propicie la comodidad y la libre expresión de aquellos pensamientos que generan estrés en torno a la preservación de la fertilidad.
- Abordar temores: sobre todo relacionado a los aspectos técnicos de los procedimientos en torno a TRHA y a estadísticas.
- Abordar lo emocional: Podemos hacerlo habilitando la palabra y dando lugar a lo emocional y así poder también evitar una interferencia perjudicial de emociones negativas en la toma de decisiones con respecto a procedimientos.
- Estrategias de afrontamiento: Entrenar al paciente en cuanto a técnicas de afrontamiento y solución de problemas imprevistos, esto puede minimizar el impacto emocional y el nivel de estrés y ansiedad.
- Redes de apoyo: Ayudar al paciente a encontrar personas de confianza que le brinden apoyo emocional y acompañamiento en este proceso, muchas veces puede ser difícil para el paciente visualizarlo ya que hay una tendencia a retraerse de compartir con familiares y amigos el estado de su enfermedad y posibles tratamientos.

Hay que marcar el aporte positivo que tiene a la consulta psicológica un profesional informado, que no requiera de explicaciones por parte del paciente acerca de procedimientos oncológicos y en TRHA, ésto ayuda a reforzar el vínculo que el paciente tiene con sus emociones.

Y en esta línea hacer énfasis en lo que se comenta al inicio de este trabajo acerca de la importancia del trabajo en consciencia de enfermedad y pronóstica con los pacientes oncológicos, ya que el acompañamiento psicológico facilita la exploración de áreas críticas como los factores de riesgo y vínculos afectivos, que llevan a una adhesión consciente e

inconsciente a los objetivos de trabajo que se le proponen al paciente en este tránsito, la no consciencia de enfermedad y pronóstico puede llegar a generar angustia y frustración, por lo cual es importante acompañar y fomentar que el paciente identifique sus recursos emocionales y afectivos para poder hacer frente a la situación desarrollando estrategias de afrontamiento y adaptativas que le sean beneficiosas.

Sumando a esto, Konteti et al (2022) considera que *“sin que los pacientes estén adecuadamente informados sobre su pronóstico, existe el riesgo de que consientan en tratamientos inútiles que, en última instancia, podrían empeorar su calidad de vida”* (pp.378), ésta afectación a la toma de decisiones consciente involucra a los tratamientos oncológicos pero también al proyecto vital de la persona, entonces, es de fundamental importancia realizar una valoración adecuada sobre el impacto que estos procedimientos y formas de accionar en el área de la oncofertilidad tienen a la calidad de vida de las personas.

Síntesis

A lo largo de este trabajo se hace énfasis en los efectos secundarios que las herramientas para combatir la enfermedad del cáncer pueden llegar a tener en el paciente, específicamente de los vinculados a fertilidad, ya sea de forma transitoria o permanente. Ésta afectación dependerá del tipo de tratamiento, área corporal de aplicación del mismo (ej. radioterapia), entre otras cosas. Aún así, debería considerarse no únicamente la eliminación de la enfermedad, sino también la calidad de vida del paciente posterior, y es aquí donde aparece el concepto de preservación de la fertilidad y el lugar de la oncofertilidad.

Se concluye principalmente que la afectación a la fertilidad en esta área no está constituida como un problema en la población oncológica, ya que queda opacada por el impacto y amenaza de la enfermedad sobre la vida del paciente, siendo desestimado su proyecto vital.

Parte de la problemática, es la falta de implementación de estrategias de afrontamiento y de espacios que habiliten la expresión emocional del paciente desde el momento en que la persona se encuentra recibiendo un diagnóstico oncológico, ya que esta implementación serviría de ayuda tanto a pacientes y sus familias, como a profesionales médicos involucrados.

En esta realidad, también es importante entender que la función de la medicina no involucra únicamente el diagnóstico y tratamiento de la patología, ésta disciplina tiene la capacidad de interpelar y afectar la vida y calidad de vida de las personas, entonces, es parte de la revolución reproductiva el entender el rol que tienen los actores del área y su responsabilidad, ya que la incapacidad de procrear posterior a un tratamiento forma parte del duelo oncológico.

Se evidencia una pobre comprensión de las implicaciones o efectos negativos de algunos tratamientos oncológicos, percibiendo que éstos contribuyen con la salud y al control de la enfermedad como lo primordial, desconsiderando las consecuencias al nivel emocional y a la calidad de vida que puede traer el hecho de ver afectada su condición reproductiva. Siendo esto el resultado de una falla y falta al momento de brindar un asesoramiento adecuado en cuanto a administración de técnicas de prevención a la fertilidad y en la compatibilidad de éstas con los tiempos que requieren los tratamientos para combatir el cáncer. En la lucha por combatir este desconocimiento a nivel social considero que es

fundamental la difusión activa de investigaciones y avances en biotecnologías reproductivas, testimonios y experiencias; para así generar un mayor acceso a la información.

Por otra parte, considero que en el futuro sería importante trabajar en una implementación de leyes que protejan los derechos reproductivos de las infancias y adolescencias, ya que la modificación a la ley abarca pacientes post-púberes, y esto es un deber en nuestra sociedad; como se demuestra en este trabajo, los avances en cuanto a biotecnologías en TRHA que ayuden a la preservación de la fertilidad van en aumento, lo que es esperanzador.

Sin dudas que el ejercicio de la psicología en este ámbito de trabajo exige una capacitación permanente, y el profesional deberá mantenerse actualizado sobre los avances y actualizaciones en nuevas tecnologías reproductivas, haciendo énfasis en lo fundamental de que el psicólogo tratante cuente con un conocimiento claro y actualizado sobre la legislación y derechos, que posea información detallada en cuanto a todos los procedimientos oncológicos y en cuanto a TRHA que en este trabajo fueron descritas y aún más, para así, poder brindar un acompañamiento informado y trabajar en conjunto con el equipo médico a cargo, ya que el ejercicio de la psicología en el campo de la oncofertilidad y TRHA también requiere de un abordaje interdisciplinario.

Referencias Bibliográficas

- Alaniz, R., Barontini, M., Gallo, D., Jadur, S., Johnson, M., Jurkowski, L., y Wang, L. (2020). *Desafíos actuales en la clínica de la reproducción humana asistida*. Nueva editorial universitaria.
- Alaniz, R. (2018). Gestación por sustitución y diversidad familiar. En Gestación por sustitución: Un abordaje interdisciplinario. Navés, F.; Moscuza, C.; Tomás Moro, M.; Barontini, G.; Szkolnik, I. (Comps.). Buenos Aires: Edición de Autor.
- Alonso, A., López, T., Moya, M. (2018). Preservación de la fertilidad en pacientes oncológicas. *La reproducción asistida: una visión integradora de los retos en la intervención psicológica*. 24 (2). pp.57-66
- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- American society of clinical oncology (ASCO) (2019). Preocupaciones y preservación de la fertilidad en las mujeres. Cancer.net. Recuperado de: <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/dating-sex-and-reproduction/fertility-concerns-and-preservation-women>
- Alkolombre, P. (2019). Reflexiones sobre la paternidad y el deseo de hijo en el hombre. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, N°23. pp.141-154.
- Aunión, A., Hernández, M. (2021). Preservación electiva de la fertilidad: una opción desconocida para retrasar la maternidad. (*Trabajo de fin de Máster*). Universidad Europea.
- Bermejo B., Navarro B., Lluch A. (2015). Cáncer y fertilidad. *Arbor*, 191 (773). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3009>
- Campitelli, C. (2018). *Duelo genético y filiación: la relación entre el narcisismo y el campo social*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornadas de Investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina.
- Carballo, M. M., Estudillo, C. P., Meraz, L. L., Parrazal, L. B., & Valle, C. M. (2019). *Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual*. *Revista electrónica eNeurobiología*, 10(24).
- Castillo, S., Chávez, D., Huertas, F., León, M., Valverde, C. (2023). Proceso de duelo en pacientes adultos diagnosticados con cáncer. *Ene*, 17(1).

- Collado, F. (2021) *Las tecnologías de reproducción humana asistida aportes para pensar a las mujeres en los tratamientos*. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación.
- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2019). *Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer. Incidencia del cáncer en el quinquenio 2011-2015. Tendencia de la mortalidad por cáncer hasta 2017*. Montevideo, Registro nacional de cáncer Uruguay.
- Dalvit, G. (2018). Vitricación de ovocitos y pacientes con cáncer. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(2), pp.225-230. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2082>
- Dapueto, J. (2016). Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. *Revista Médica del Uruguay*, 32(3), 197-204.
- Diz, R., Garza, A., Olivas, E., Montes, J., y Fernández G. (2019). *Cáncer y depresión: una revisión*. *Psicología y Salud*, volumen 29 (1), pp.115-124. Recuperado de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2573/4468>
- Ezquerro, V. (2019). *Influencia de la edad en la fertilidad*. Recuperado de: <https://www.npunto.es/revista/14/influencia-de-la-edad-en-la-fertilidad>
- Fuentetaja, A., & Villaverde, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(1), e1.
- González, P. (2018). *Preservación de la fertilidad en la paciente oncológica*. (TFG). Universidad de Salamanca.
- González, N. (2020). *El lugar del Psicólogo en el equipo interdisciplinario de salud reproductiva*. En: Ormart y Wagner (2020) Abordajes psicológicos en reproducción médicamente asistida.
- De Garay, J., Gomes, R., Lopes, F. (2020). Familias: Entre dispositivos jurídicos, rizomas, identidad y filiación. *Revista PSI UNISC*, (4)1, pp.12-20.
- Kim, S., Lee, J., y Woodruff, T. (2016). Toward precision medicine for preserving fertility in cancer patients: existing and emerging fertility preservation options for women. *Journal of gynecologic oncology*, 27(2), e22.
- Konteti, V., Wu, V., Smith, B., Ramesh, Y. (2022). An Editorial Review of Prognostic Awareness and Considerations for the Clinical Setting, *Clinical Oncology*, 34(6), pp.376-378.

- Lambertini, M., Del Mastro, L., Pescio, M. et al. (2016). Cancer and fertility preservation: international recommendations from an expert meeting. *BMC Med*, 14(1).
- Ley 19.167. Ley de Técnicas de Reproducción Humana Asistida. Poder Legislativo, 29 de noviembre de 2013. Uruguay. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>
- Levine, J., Kelvin, J., Quinn, G., y Gracia, C. (2015). Infertility in reproductive-age female cancer survivors. *Cancer*, 121(10), pp. 1532–1539.
- La Diaria (15 de julio de 2022). Parlamento votó ley para que pacientes oncológicos puedan acceder a método de preservación de la fertilidad mediante el Estado. Recuperado de: <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2022/7/parlamento-voto-ley-para-que-pacientesoncologicos-puedan-acceder-a-metodo-de-preservacion-de-la-fertilidad-mediante-el-estado/>
- Mayo Clinic (2022). recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/cancer-treatment/about/pac-20393344>
- 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/>
- Nahmod, D. (2020). "Abordajes del Paciente con Patología Orgánica". Acta de la IX Jornada de Extensión Universitaria en Psicoprofilaxis Clínica y Quirúrgica. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/350990702_Acta_de_la_IX_Jornada_de_Extension_Universitaria_en_Psicoprofilaxis_Clinica_y_Quirurgica_Abordajes_del_Paciente_con_Patologia_Organica
- Nogarol, L. (2021). Psicoprofilaxis Quirúrgica: un dispositivo basado en FACT para el ámbito hospitalario (*Bachelor's thesis*).
- Olascoaga, M., Reyes, F., y Escobar, P. (2021). Opciones quirúrgicas ginecológicas de preservación de fertilidad en cáncer. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48(3), 100654.
- Ormart, E., Wagner, A., Naves, F., y Pesino, C. (2020). *Abordajes psicológicos en reproducción médicamente asistida*.
- Oktay, K., Harvey, B., Partridge, A., Quinn, G., Reinecke, J., Taylor, H., Wallace, W., Wang, E., & Loren, A. (2018). Fertility Preservation in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 36(19), pp.1994-2001.

- Passerino, L. (2022). Debates en torno a la emergencia de la Oncofertilidad. Contextos y demandas en torno a los derechos, discursos y emociones participantes. *Memorias ALAIC*,(1). Recuperado de: <http://alaic2022.ar/memorias/index.php/2022/article/view/146>
- Pérez, M. y Barraca, J. (2014). Estrés percibido, ansiedad, depresión e ira en el proceso de reproducción asistida. Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 40(161-162), pp.53-71.
- Protesoni, A. (2021). Esquemas desadaptativos tempranos, creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida, relacionadas con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. (*Tesis de doctorado*). Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
- Ramírez, R., de la Cruz, A., Verduzco, E., Esqueda, J., Luciano, G. (2019). Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), pp.115-124.
- Rojas, C., y Gutiérrez, Y. (2016). *Psicooncología. Aportes para la comprensión y la terapéutica*. Chile: Nueva Mirada Ediciones.
- Rossi, P. (2017). La psicología de la reproducción asistida. Cómo puede ayudar la psicología a las personas con problemas de infertilidad. *Psyciencia*. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/lapsicologia-de-la-reproduccion-asistida/>
- Salsman, J. M., Yanez, B., Snyder, M. A., Avina, A. R., Clayman, M. L., Smith, K. N., Purnell, K., & Victorson, D. (2021). Attitudes and practices about fertility preservation discussions among young adults with cancer treated at a comprehensive cancer center: patient and oncologist perspectives. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(10), pp.5945–5955.
- Salomé, N. (2015). El rol del psicólogo en el ámbito de las tecnologías de reproducción humana asistida (TRHA). *Reproducción – 30* (4), pp. 131-142.
- Sotelo, M. (2019). El debate sobre la Reproducción Humana Asistida.
- Scarella, A., Díaz C., Herraiz, S., Kliemchen, J. (2017). Preservación de la fertilidad en la paciente oncológica. *Revista Biomédica Revisada por Pares*. Recuperado de: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/7090.act>
- Smietniansky, S., y Roca, F. (2022) “La sustancia del parentesco en la ancestría genética y las técnicas de reproducción humana asistida” *Etnografías contemporáneas. Revista del centro de estudios de Antropología*. 8(15). Buenos aires, Argentina.
- Zamar, M., y Giordano, M. (2018). *Psicoprofilaxis quirúrgica*.