

A nsiedad y Depresión: Principales trastornos asociados a la infertilidad.

Dra. Carmen Moreno Rosset

Facultad de Psicología, UNED.

Ciudad Universitaria, s/n - 28040 - Madrid • cmoreno@psi.uned.es

RESUMEN

La infertilidad, su diagnóstico, y el tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida, es considerada un acontecimiento vital estresante crónico que provoca alteraciones emocionales, tales como depresión y ansiedad sobre todo en mujeres.

Generalmente, es necesario mucho tiempo y varios tratamientos para conseguir el embarazo deseado. Con ellos la ansiedad aumenta en grado e intensidad, apareciendo la depresión al final de los tratamientos fallidos debido al duelo y a la pérdida de lo invisible.

En el presente trabajo se efectúa una revisión de las investigaciones en este campo, evaluando críticamente los hallazgos para elaborar las principales conclusiones relacionadas con la repercusión psicológica de la infertilidad. Por último, se incluyen orientaciones de cara al futuro.

PALABRAS CLAVE

Ansiedad, depresión, infertilidad y reproducción asistida.

ABSTRACT

The infertility, his diagnosis and the treatment through techniques of assisted reproduction, is considered a vital chronic and stressful event that causes emotional alterations such as depression and anxiety mainly in women.

Generally, it is necessary much time and several treatments in order to get the wished pregnancy. Because of it, the anxiety increases in degree and intensity, appearing depression at the end of the failed treatments due to the bereavement and to the loss of the invisible.

This paper reviews the investigations in this field, evaluating the discoveries critically in order to elaborate the main conclusions related with the psychological repercussion of infertility. Finally, guidelines for the future are included.

KEY WORDS

Anxiety, depression, infertility, assisted reproduction.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad es un acontecimiento vital estresante, calificado en la actualidad, sobre todo por las mujeres, con un elevado impacto emocional. Cuando una persona conoce su imposibilidad de concebir hijos se cuestiona su identidad como hombre o mujer. Tanto biológica como socialmente, los seres humanos adquirimos una serie de responsabilidades por las que supuestamente hemos de atravesar. Se trata de seguir el ciclo vital en el que en cada etapa o fase se espera que ocurran unos determinados eventos biológicos y sociales. Uno de ellos es la maternidad o paternidad. Estamos preparados biológicamente para concebir hijos y socialmente se espera de nosotros que contribuyamos a aumentar el grupo social, la humanidad. Por lo tanto, la procreación de la especie humana depende de cada una de las personas, hombres y mujeres que vivimos en sociedad. Sin embargo, nuestro derecho a la libertad nos permite decidir si queremos o no

tener hijos, y el momento en el que los queremos tener, aunque a veces querer no significa poder (Moreno, Núñez & Cabañero, 1999).

La infertilidad no es un problema nuevo del siglo XX, sino que por el contrario, existe desde la antigüedad. El culto a la fertilidad ha supuesto en todas las sociedades prehistóricas un acto central y de gran importancia para la supervivencia de todo el pueblo. La infertilidad se ha llegado a considerar de muy diversas maneras: como deshonor, como inferioridad, como maldición o castigo de dioses, e incluso en Egipto, se consideró como causa para la disolución del matrimonio. Por lo tanto, la preocupación por la falta de descendencia no es un tema actual, como tampoco lo son sus consecuencias y sus tratamientos. Los discípulos de Hipócrates realizaban un tratamiento basado en brebajes; existen templos y monasterios de todos los tiempos y religiones famosos por su relación con deidades de la fertilidad. A través de los remedios vegetales, la alimentación, las aguas, la magia, etc. se ha tratado asimismo la fertilidad. En definitiva, desde la antigüedad el deseo de descendencia ha sido muy fuerte y se han buscado remedios de todos los tipos. Los problemas de fertilidad tienen una gran importancia tanto familiar como socialmente desde siempre.

Las parejas con estos problemas tienen el riesgo de desarrollar trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión. Su empeño en tener hijos les lleva a buscar soluciones, sometiéndose a los tratamientos actuales de reproducción asistida. Tanto el diagnóstico de infertilidad, como su tratamiento actual, representa un proceso estresante. En un principio, el conocimiento de la infertilidad provoca una serie de alteraciones emocionales en la persona infértil. Los hombres y mujeres presentan diferencias en su forma de sentir,

pensar y actuar frente al problema. En un estudio piloto realizado en España con 30 parejas infértiles, se ha encontrado que las mujeres experimentan un grado de estrés estadísticamente más elevado frente a los varones cuando se les informa del diagnóstico de infertilidad. Piensan que es una pena no conseguir un hijo por medios naturales y sienten **frustración, impotencia y tristeza** (Moreno y cols., 1999). Estos resultados coinciden con los hallados en otros trabajos, que han utilizado muestras más pequeñas como el de Miranda, Larrazabal & Laban (1995), que han estudiado 15 parejas; con muestras de 100 mujeres (Luckse & Vacc, 1999), o el realizado por Newton, Sherrard & Glavac (1999) con una muestra de más de mil parejas.

Domar, Friedman & Zuttermeister (1999), indican que las mujeres con infertilidad presentan niveles de depresión y ansiedad equivalentes a otros problemas de salud/enfermedad como el sida, el cáncer o las alteraciones cardiovasculares. La angustia y el sentimiento de pérdida están presentes de tal forma, que el desarrollo de los trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión son los más frecuentes en la población a la que aludimos.

Revisión Bibliográfica: Análisis de los trabajos hallados

Con el fin de conocer los trabajos realizados en éste ámbito científico, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Internet sobre el tema. Se han encontrado entre 1995 y 1999 un total de 22 artículos que estudian los trastornos de ansiedad y depresión relacionados con la infertilidad. A partir de su lectura, hemos realizado un análisis crítico de los mismos que presentamos a continuación:

A) AUMENTO PROGRESIVO DE TRABAJOS REALIZADOS ENTRE 1995 Y 1999.

El total de artículos encontrados en cada uno de los años estudiados es: tres

artículos en 1995, cuatro en 1996, seis en 1997, uno en 1998 y ocho en 1999. Se constata que la producción de trabajos realizados sobre el tema que nos ocupa, ha ido aumentando desde 3 artículos en el año 1995 a 8 en el 1999.

B) CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS.

1. Muestras estudiadas.

La mayor parte de los trabajos revisados se centran en el estudio de las mujeres infértiles, debido a que, independientemente de que el factor diagnóstico sea femenino, masculino, de origen desconocido o mixto, es la mujer la que más desarrolla trastornos emocionales, incluso en el caso de que el factor diagnóstico sea masculino (Miranda, Larrazabal & Laban, 1995; Newton, Sherrard & Glavac, 1999).

Un 84% de los trabajos revisados se centran en la evaluación de mujeres, un 11% de parejas, es decir hombres y mujeres y un 5% de artículos estudian a los hombres con problemas de infertilidad. El número mínimo de las muestras estudiadas es de 15 mujeres (Miranda, Larrazabal & Laban, 1996) y máximo de 1.153 mujeres y 1.149 varones (Newton, Sherrard & Glavac, 1999). El resto de los estudios oscilan entre un total de 50 sujetos (Facchinetti, Matteo, Artini, Volpe & Genazzani, 1997) y 570 sujetos (Oddens, Den Tonkelaar & Nieuwenhuyse, 1999), siendo el número promedio de muestra estudiada entre 90 y 130 sujetos en total. En dos estudios se presentan ilustraciones de casos (Barlik, Greene, Graf, Sharma & Melnick 1997; Hunt & Monach, 1997). Y uno de los trabajos encontrados es de revisión (Stansberry, 1996).

2. Establecimiento de grupo control.

Respecto al establecimiento del grupo control, un 47% de los estudios comparan población infértil con fértil. La muestra utilizada como control puede ser madres que asisten a revisión

DOSSIER

ginecológica (Brighenti, Martinelli, Ardeni & La Sala, 1997), o mujeres que se les ha realizado una prueba diagnóstica como la laparoscopia, sin que existan problemas de infertilidad (Harlow, Fahy, Talbot, Wardle & Hull (1996); otros, por el contrario, no indican exactamente la población elegida como grupo control, anotando que se trata de mujeres con buena salud (Janczur-Bridzan, 1995; Aghanwa, Dare & Ogunniyi, 1999, entre otros). Como vemos, la elección del grupo control es distinto en los trabajos revisados, y a veces incluso se desconoce la forma exacta de cómo se ha extraído la muestra. Es evidente que este aspecto metodológico debe ser tratado con suma cautela y cuidado, estableciendo previamente los objetivos claros de qué queremos comparar y posteriormente elegir entre qué grupos. Por ejemplo, no hemos encontrado estudios que comparen mujeres infértiles con mujeres que aún siendo fértiles, no hayan tenido hijos por propia decisión; o que siendo infértiles decidan otras alternativas, por ejemplo, no tener hijos, tener hijastros o adoptar un hijo.

3. Diseños utilizados.

Dependiendo de los objetivos de los trabajos, los diseños elegidos varían de unos estudios a otros. El diseño pre-test y post-test, lo han utilizado Lukse & Vacc (1999) para conocer si el sentimiento de pena, la depresión y las estrategias de afrontamiento varían en las mujeres antes y después de recibir un tratamiento de reproducción asistida; otros autores para conocer si existen diferencias en las expectativas que tienen los hombres infértiles en que sus parejas se queden embarazadas, entre antes y después de la consulta clínica diagnóstica (Glover, Gannon, Sherr & Abet (1996); o bien antes y después de la aplicación de un programa de intervención psicológica con el fin de conocer la eficacia del mismo (Domar, Friedman & Zuttermeister (1999). La

mayoría se trata de estudios transversales, que indican el momento en que han realizado la evaluación de la muestra, por ejemplo Brighenti, Martinelli, Ardeni & La Sala (1997) concretan que la medición se realizó después del examen psicológico o médico, tanto en el grupo de mujeres infértiles como en el grupo control de madres que acudían a revisión ginecológica rutinaria. Otros realizan diseños retrospectivos (Beutel y cols., 1999), prospectivos (Stoleru y cols., 1996; Facchinetti y cols., 1997; Chiba y cols. 1997; Newton, Sherrard & Glavac, 1999). Algunos estudios se centran en la descripción de casos (Bartlik, Greene, Gram Sharma & Melnick, 1997; Hunt & Monach, 1997).

4. Instrumentos de evaluación

El instrumento de evaluación de la ansiedad utilizado por la mayoría de los estudios revisados es el **State-Trait Anxiety Inventory (STAI)** de Spielberger. Otros instrumentos utilizados han sido **Self-rating Anxiety Scale (SAS)**, **Manifest-Anxiety Scale (MAS)**. Para la medición de la depresión el más utilizado ha sido el **Beck Depression Inventory (BDI)**, aunque también se utilizan otros como el **Hamilton Depressive Scale (SAS)**; **Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)**; **Bi-polar Profile of Mood States (POMS)**. En cuanto a medidas genéricas de personalidad, se han utilizado principalmente el **Eysenk Personality Questionnaire (EPQ)**; y el **Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)**.

La creación de instrumentos de evaluación específicos para población infértil es uno de las principales objetivos que la psicología debe llevar a cabo en esta reciente área de aplicación. Glover y cols. (1999) han desarrollado un instrumento de evaluación específico para medir el ajuste psicológico frente a los problemas de fertilidad: «**The Fertility Adjustment Scale**». Este instrumento se aplicó junto con el Hospital

Anxiety and Depression Scale con el fin de conocer la validez concurrente. Los resultados preliminares obtenidos mostraron unas buenas características psicométricas de fiabilidad y validez de la escala, que permiten su utilización como herramienta para evaluar las reacciones psicológicas frente a los problemas de fertilidad y frente a los resultados de los tratamientos. Por otro lado Newton, Sherrard & Glavac (1999) han desarrollado el «**The Fertility Problem Inventory**», que permite evaluar los niveles de estrés general y específico, percibidos frente a la infertilidad, los niveles de ansiedad, de depresión y de satisfacción marital. Según los autores, este instrumento presenta también buenas características psicométricas.

RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS OBTENIDOS

En el anexo se presenta un resumen de los trabajos revisados sobre ansiedad y depresión y su relación con la infertilidad. Los trabajos se han ordenado de forma ascendente según el año de publicación y los aspectos que se han recogido son la muestra estudiada, los instrumentos de evaluación utilizados y los principales resultados.

Con el fin de poder ofrecer una visión más clara de los resultados de los trabajos realizados en los últimos cinco años, seguidamente pasamos a resumir los principales resultados obtenidos respecto a las mujeres con problemas de fertilidad que se someten a programas de reproducción asistida:

- Presentan alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión) entre niveles moderado y severo, y la prevalencia de síntomas psiquiátricos es significativamente superior (Lu, Yang & Lu, 1995; Guerra, Llobera, Veiga & Barri, 1998)
- Obtienen niveles superiores de ansiedad-estado (Janczur-Bridzan, 1995; Brighenti, Martinelli, Ardeni & La

Sala, 1997) y de **ansiedad-rasgo** (Harlow, Fahy, Talbot, Wardle & Full, 1996) y **ansiedad generalizada** (Mori, Nadaokam Marioka & Saito, 1997; Guerra, Llobera, Veiga & Barri, 1998; Aghanwa, Dare & Ogunniyi, 1999; Glover, Hunter; Richards, Katz & Abel, 1999).

- **Muestran niveles más elevados de depresión** (Aghanwa, Dare & Ogunniyi, 1999; Guerra, Llobera, Veiga & Barri, 1998; Beutel y cols., 1999; Glover, Hunter; Richards, Katz & Abel, 1999). Lukse & Vacc, 1999 encuentran niveles de depresión antes, durante y después del tratamiento de infertilidad. Hunt & Monach, 1997, basándose en el modelo de la aflicción, indican que la depresión es independiente del estadio que atraviese la mujer. En tratamientos largos de infertilidad Chiva y cols. (1997) encuentran síntomas depresivos, sin embargo Beutel y cols. (1999), no han encontrado diferencias significativas respecto a la edad ni al número de tratamientos realizados.

- **Experimentan un mayor número de emociones negativas** (frustración, soledad, tristeza, pena, culpa, rabia, etc.) (Miranda, Larrazabal & Laban, 1996; Oddens, Den Tonkelaar & Nieuwenhuys, 1999). Permanecen en un estadio de sentimiento de pena, tienen una perspectiva negativa de la posibilidad de embarazo y se sienten más inquietas y nerviosas (Mori, Nadaokam Marioka & Saito, 1997; Lukse & Vacc, 1999).

- **Pueden mostrar además** síntomas de estrés postraumático (Barlik, Greene, Graf, Sharma & Melnick, 1997), falta de concentración, miedos y ausencia de atractivo físico, así como alteraciones en la relación sexual, de pareja y de bienestar general (Oddens, Den Tonkelaar & Nieuwenhuys, 1999). Aghanwa, Dare & Ogunniyi (1999) encuentran peores relaciones maritales, por el contrario, Bringhenti, Martinelli, Ardeni & La Sala (1997), han hallado

mayor satisfacción marital y percepción de cuidado.

- **Se exigen mayor responsabilidad frente a la infertilidad**, aun cuando la causa sea por factor masculino (Miranda, Larrazabal & Laban, 1996; Newton, Sherrard & Glavac, 1999). Al principio el estrés que sienten está relacionado con un posible complejo de inferioridad física. Posteriormente, les altera la opinión externa a la familia (Chiva y cols., 1997).

- **Las puntuaciones de ansiedad y depresión pueden estar relacionadas con:**

(1) El número de ciclos de FIV realizados (Bringhenti, Martinelli, Ardeni & La Sala, 1997; Guerra, Llobera, Veiga & Barri, 1998), aunque otros autores no han encontrado relación entre número de tratamientos realizados, la edad, los años de infertilidad, el impacto económico y la depresión (Lukse & Vacc, 1999).

(2) La posibilidad de adopción (Bringhenti, Martinelli, Ardeni & La Sala, 1999). Las mujeres que presentan episodios depresivos y de ansiedad generalizada eran más reacias a la adopción (Aghanwa, Dare & Ogunniyi, 1999).

(3) El estatus y satisfacción en el trabajo, la autoestima y las dimensiones de personalidad (Bringhenti, Martinelli, Ardeni & La Sala, 1997), aunque según indican Janczur-Bridzan (1995, el perfil de personalidad frente a mujeres fértiles no es distinto. Por otro lado, Oddens, Den Tonkelaar & Nieuwenhuys (1999) hallaron que las mujeres con trabajo a tiempo total, con estado de ánimo hostil y elevada ansiedad rasgo se asociaba a una tasa más baja de embarazos.

(4) Factores sociales, sexuales y de relaciones son mejores predictores de la depresión e insatisfacción marital, que la necesidad de

paternidad o la actitud con respecto a no tener hijos (Newton, Sherrard & Glavac, 1999). Las puntuaciones de ansiedad-estado y rasgo pueden estar influidas por el nivel de satisfacción marital (Bringhenti, Martinelli, Ardeni & La Sala, 1997).

CONCLUSIONES

Los trabajos de revisión entre 1995 y 1999 muestran claramente que las mujeres con problemas de fertilidad que se someten a tratamientos de reproducción asistida, presentan trastornos de ansiedad y depresión, experimentan emociones negativas (pena, rabia, frustración, etc.), así como se alteran sus relaciones sociales, familiares, de pareja, de sexualidad... Por ello se recomienda el apoyo e intervención psicológica en parejas infértiles (Stansberry, 1996), de forma que se realice dentro de los programas de tratamiento de la infertilidad (Lu, Yang & Lu, 1995). El consejo familiar dirigido a las parejas infértiles es imprescindible (Miranda, Larrazabal & Laban, 1996). Como indican Bringhenti, Martinelli, Ardeni & La Sala (1997), la infertilidad y su tratamiento puede ser superado por la mujer si posee una buena disposición de personalidad, un alto nivel de autoestima, está satisfecha con su trabajo y su relación con el marido, y cuando está dispuesta a adoptar un niño como última solución a su necesidad maternal. Se trata, en definitiva, de mantener la percepción de control de la situación.

ORIENTACIONES DE FUTURO

La infertilidad: un nuevo campo de actuación de la psicología

Como hemos dicho en otro lugar (Moreno, 1999b) la Ley de Reproducción Asistida (Ley 35/1988, de 22 de noviembre) que señala los principios

DOSSIER

básicos que deben regir en el desarrollo de las técnicas de reproducción artificial, dice literalmente que "Solamente se aplicarán estas técnicas en mujeres mayores de edad y en buen estado de salud psicofísica" (art. 2.1, b). Como indica Yolanda Gómez (1994), "la determinación de este requisito puede resultar compleja, ya que tanto la salud física como la psíquica deben ser evaluadas conforme a criterios objetivos". Es ahí donde la psicología tiene un nuevo campo de actuación y de futuro, con el fin de establecer los criterios de evaluación psicológica, y crear instrumentos de evaluación destinados específicamente a población con problemas de fertilidad.

Otro aspecto importante que la psicología debe desarrollar en este nuevo campo de actuación, es la elaboración de programas de intervención eficaces para tratar los principales trastornos emocionales como son la ansiedad y la depresión, así como los demás aspectos que se alteran: la relación de pareja, su comunicación diaria, sus relaciones sexuales, su relación con la familia, con los amigos, y otros aspectos somáticos que pueden aparecer como dolores de cabeza, falta de concentración en el trabajo, etc.)

Los programas de intervención psicológica deben incluir, desde nuestro punto de vista, técnicas cognitivo-comportamentales para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, así como el establecimiento de estrategias de afrontamiento activas y eficaces frente a cada una de las fases que atraviesan las parejas con problemas de fertilidad cuando acuden a los Centros de Medicina de la Reproducción. Estas fases son las siguientes: 1.ª) Establecimiento del diagnóstico. 2.ª) Cuando éste es la infertilidad, reciben información de los procedimientos de reproducción asistida, adecuados según la causa de la infertilidad, y Toma de decisiones. 3.ª) Aplicación del Tratamiento de reproducción asistida adecuado. Independientemente del tipo

de tratamiento elegido, las mujeres suelen seguir los siguientes pasos: Primero **tratamiento farmacológico**. Segundo, **aplicación del procedimiento de reproducción asistida** (Inseminación Artificial Conyugal con o sin donante de semen; Fecundación «in vitro» con o sin microinyección espermática (ICSI), y con o sin donante de semen u óvulos; Transferencia de preembriones criopreservados). Tercero, **espera de resultados**. Cuarto **resultados finales**.

Este proceso médico va acompañado de un proceso psicológico estresante en el que aparecen, según el momento, distintos tipos de sentimientos, pensamientos, y formas de afrontar cada situación (Moreno 1999a, Moreno y cols., 1999, Moreno, Pérez, Caballero, 2000). Es por ello muy importante, que el psicólogo conozca las fases médicas y psicológicas, que atraviesan las parejas con problemas de fertilidad que se someten a reproducción asistida, con el fin de que pueda anticipar las experiencias que con mucha probabilidad van a experimentar las parejas, y pueda enseñar las estrategias necesarias para prevenir los trastornos emocionales como son la ansiedad y la depresión.

Asimismo cabe señalar, que dentro del programa de intervención psicológica, se debe tener en cuenta la terapia de pareja orientada a la comunicación personal y a las relaciones sexuales. Como hemos visto, éstas se alteran con el conocimiento y tratamiento de la infertilidad. Las parejas pierden la motivación que existía en mantener relaciones sexuales, porque ya no son necesarias para conseguir el hijo deseado. En cada fase del tratamiento médico, el psicólogo debe orientar y recomendar distintos tipos de prácticas y conductas de relación sexual. Se trata de enseñar a la pareja que sexualidad no es igual a reproducción, y que se puede gozar del sexo sin necesidad de reproducirse (Moreno, Núñez & Caballero, 1999).

Un resumen de los objetivos y técnicas de intervención con parejas estériles puede encontrarse en Ranz (1999). Diana Guerra (1998) presenta algunas recomendaciones terapéuticas para las parejas con problemas de fertilidad. Respecto a programas de intervención estructurados y probados empíricamente, cabe señalar que el equipo de Alice D. Domar en Boston ha elaborado un programa de 10 sesiones, en el que un 42% de mujeres consiguen embarazos viables dentro de los meses en que se imparte el programa de intervención psicológica (Domar, Friedman & Zuttermeister (1999).

En definitiva, la psicología no sólo es **necesaria**, sino como hemos visto, es **legal**, y su servicio a la reproducción asistida debe consistir, como hemos dicho en otro lugar (Moreno, 1999b) en: 1/ Diagnosticar la salud psíquica de hombres y mujeres que quieran someterse a técnicas de reproducción asistida. 2/ Ayudar al diagnóstico médico de las infertilidades idiopáticas en las que en realidad no se sabe cuál es el motivo de la infertilidad. 3/ Estudiar los trastornos psicológicos relacionados (ansiedad, depresión, etc.) tanto con el diagnóstico de la infertilidad como con los tratamientos de reproducción asistida. 4/ Enseñar al equipo médico habilidades de comunicación e información a los pacientes. 5/ Colaborar con el equipo médico en determinadas tomas de decisiones, como por ejemplo, establecer pausas o límites en los tratamientos debido a los riesgos psicológicos que éstos pueden acarrear en el paciente. 6/ Llevar a cabo programas de intervención psicológica con el fin de eliminar el padecimiento o sufrimiento que como indica la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), sienten las parejas que no consiguen hijos de forma natural. 7/ Posiblemente contribuir a conseguir más niños en casa, como lo está haciendo el equipo de Alice D. Domar en Boston.

Cuadro resumen de los trabajos realizados sobre Ansiedad y Depresión y su relación con la Infertilidad

Año	Autores	Muestra	Instrumentos	Principales resultados
1995	Janczur - Bidzan, M.	70 mujeres tratadas de infertilidad 50 mujeres controles	State-Trait Anxiety Inventory (STAI) MMPI	El perfil de personalidad no difiere significativamente en los dos grupos. Se observó que en las mujeres con tratamientos de infertilidad existía un nivel significativamente mayor de ansiedad-estado.
1995	Lu, Y., Yang, L. & Lu, G.	130 mujeres Infértiles y 54 mujeres controles	Eysenk Personality Questionnaire (EPQ), Symptom Checklist-90 (SCL-90), Self-rating Anxiety Scale (SAS).	El 52% de mujeres infértiles presentan un grado de alteración psicológica moderado y severo. Comparado con el grupo control, la prevalencia de los síntomas psiquiátricos en mujeres infértiles era significativamente superior. Las mujeres infértiles presentan mayor probabilidad de sufrir depresión severa y ansiedad. Su equilibrio mental es inestable y correlaciona con rasgos de personalidad. Aconsejan incluir el apoyo mental y consulta psicológica en el programa de tratamiento de la infertilidad.
1996	Glover, L., Gannon, K., Sherr, L. & Abel, P.D.	103 varones	Evalúan el humor y las expectativas de que su pareja se quede embarazada	Antes de la consulta ginecológica, los varones esperan que la posibilidad de embarazo en sus mujeres aumente. Después siguen esperándolo independientemente del punto de vista del médico. No se ha encontrado correlación entre ansiedad o depresión en los varones y la posibilidad de embarazo en las mujeres.
1996	Harlow, C.R., Fahy, U.M., Talbot, W.M., Wardle, P.G. &	Mujeres con tratamiento de FIV con estimulación hormonal y Grupo control FIV sin estimulación hormonal.	Medida de cambios bioquímicos (prolactina, cortisol...) Cuestionarios de evaluación del estrés y la ansiedad estado-rasgo.	Se encuentran niveles más altos de ansiedad en las mujeres sometidas a fecundación in vitro (FIV), que han sido estimuladas hormonalmente, como resultado del tratamiento. No se ha encontrado semejante incremento en mujeres sometidas a cirugía laparoscópica no relacionada con infertilidad o mujeres sin tratamiento hormonal. Prolactina más alta en mujeres no estimuladas y cortisol más alto en estimuladas. La ansiedad rasgo fue constante dentro y entre los grupos teniendo similares puntuaciones entre las que consiguieron embarazo y las que no, aunque había una ligera tendencia a quedarse embarazadas las que tenían puntuación más baja. Esto sugiere que el grado de ansiedad no influye en el éxito del embarazo.
1996	Miranda, C., Larrazabal, F. &	15 mujeres infértiles entre 25 y 40 años	Entrevistas y estudio de emociones expresadas y emociones ocultas producidas por la infertilidad.	Las emociones expresadas espontáneamente fueron miedo, ansiedad, frustración, soledad y tristeza. Las no expresadas fueron rabia y culpa. Las mujeres se exigían generalmente más responsabilidad por la infertilidad, aún cuando su causa fuera por factor masculino. Conclusión: El consejo familiar es vital en el manejo de las parejas infértiles tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.
1996	Stansberry, J.	Revisión		Necesidad de evaluación y diagnóstico psicopatológico en la atención primaria de las parejas infértiles con el fin de minimizar la ansiedad que experimentan por confusiones, opciones caras... en el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.
1996	Stoleru, S., Teglas, J.P., Spira, A., Magnin, F. & Fermanian, J.	Parejas con infertilidad indeterminada y con infertilidad conocida y un grupo control	Child Project Questionnaire (CPQ) con 3 factores diferentes para hombre y mujer, Sexual Problems Score (SPS), Dyadic Adjustment Scale, State Trait Anxiety Inventory (STAI) Neonatal Perception Inventory	Las mujeres con infertilidad conocida, presentan en el CPQ Factor II (Frecuencia de pensamientos) y en el SPS puntuaciones significativamente superiores frente al grupo control y de infertilidad indeterminada. Los varones con parejas con infertilidad indeterminada presentan en el CPQ factor II (Calidad de Integración entre el deseo por el hijo y sexualidad), y en el SPS, puntuaciones más altas frente a los otros grupos. Conclusiones: Los resultados reflejan en las mujeres cambios reactivos frente a la infertilidad y en los hombres representan factores etiológicos.
1997	Barlik, B., Greene, K., Graf, M., Sharma, G. & Melnick, H.	3 casos		Las mujeres infértiles o con embarazos de alto riesgo, pueden mostrar síntomas de estrés posttraumático. Es importante no confundirlo con la depresión post-parto y evaluar correctamente los síntomas.
1997	Bringhenti, F., Martinelli, F., Ardenti, R. & La Sala, G.B.	122 mujeres que se someten a FIV y 57 controles madres que asisten a revisión ginecológica	Acontecimientos vitales estresantes, Autoestima, Trabajo, Cuidado y control del vínculo afectivo, Satisfacción marital, Ansiedad estado y rasgo, Depresión, Síntomas psicofisiológicos, Factor emocional global.	Frente al grupo control, las mujeres infértiles presentaban mayor satisfacción marital, percepción de cuidado, y ansiedad estado. Las puntuaciones del factor emocional de las mujeres infértiles estaban influidas por a) el número de ciclos de FIV y la posibilidad de adopción b) el estatus y satisfacción en el trabajo y la autoestima c) las dimensiones de personalidad. Las puntuaciones de la ansiedad estado y rasgo estaban influidas por el nivel de la satisfacción marital global. Conclusiones: Las mujeres que se someten a programas de FIV, no necesariamente muestran signos de desajuste psicológico. Su nivel de ansiedad estado puede ser considerado una respuesta situacional debida al estrés del tratamiento. La infertilidad y su tratamiento puede ser superado por la mujer si posee una buena disposición de personalidad, un alto nivel de autoestima, está satisfecha con su trabajo y su relación con el marido, y cuando está dispuesta a adoptar un niño como última solución a su necesidad maternal.
1997	Chiva, H., Mori, E., Morioka, Y., Kashiwakura, M., Nadaoka, T., Saito, H., & Hiroi, M.	107 mujeres Infértiles en tratamiento	Entrevista semiestructurada, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Center for Epidemiologic Studies depression Scale (CES-D), Cornell Medical Index (CMI).	Al principio el estrés que se siente está relacionado con un complejo de inferioridad física. Mientras que después lo estresante es la opinión externa a la familia. Las mujeres en tratamientos largos de infertilidad muestran síntomas depresivos. Es necesario adaptar el consejo psicológico a estos tratamientos.

Cuadro resumen de los trabajos realizados ... (Continuación)

Año	Autores	Muestra	Instrumentos	Principales resultados
1997	Facchinetti, F. Matteo, M.L., Artini, G.P., Volpe, A. & Genazzani, A.R.	49 mujeres infértiles en tratamiento FIV y TE	Stroop Color (parámetros cardio vasculares) Word Test (afrentamiento al estrés)	Una mayor vulnerabilidad cardiovascular al estrés y el trabajar fuera de casa fueron dos variables asociadas a un pobre resultado en el tratamiento de FIV y transferencia de embriones (TE)
1997	Hunt, J. & Monach, J.H.	Ilustraciones de casos		Parte del modelo de la aflicción, que es el más utilizado en medicina de la reproducción e indica que es importante considerar la depresión independientemente de que se halle en uno de los estadios del modelo. Aconseja la terapia cognitiva.
1997	Mori, E., Nadaoka, T., Marioka, Y. & Saito, H.	102 mujeres con tratamiento FIV y TE	State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Manifest-Anxiety Scale (MAS), Entrevista estructurada	Las mujeres sometidas a tratamientos de FIV y TE obtienen una puntuación elevada en el STAI; presentan una actitud positiva hacia el tratamiento; permanecen en un estado de sentimiento de pena; tienen una perspectiva negativa de la posibilidad de embarazo y se sienten más inquietas y nerviosas.
1997	Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A. & Barri, P.N.	110 pacientes 56 remitidos por el médico y 54 no remitidos al servicio psicológico	Entrevista clínica basada en el DSM-III-R para evaluar la morbilidad psiquiátrica en parejas atendidas en servicios de fertilidad.	Se encontraron desórdenes psiquiátricos en 39 de 56 pacientes remitidos por el médico y en 13 de 54 pacientes no remitidos. La morbilidad psiquiátrica es del 61.1% en las mujeres y del 21% en varones. Un 67% de mujeres presentan trastornos de ansiedad. La morbilidad psiquiátrica se halla asociada significativamente con el número de ciclos de tratamiento en la mujer y con la duración de la infertilidad.
1999	Aghanwa, H.S., Dare, F.O. & Ogunniyi, S.O.	37 mujeres infértiles y 37 mujeres controles con salud	General Health Questionnaire Present State Examination También se midieron factores sociodemográficos, obstétricos y predisposiciones psiquiátricas	Un 29.7% de las mujeres infértiles presentaban psicopatología, principalmente episodios depresivos y ansiedad generalizada. Comparadas con el grupo control, las mujeres infértiles experimentaban peores relaciones maritales, tenían una historia familiar significativa de infertilidad, y eran más reacias a la adopción y tenían una historia mayor de abortos inducidos.
1999	Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F.M., Schroeder-Printzen, I., Gips, H., Herrero, H.J. & Weidner, W.	281 mujeres 281 varones con tratamiento FIV e ICSI	Depression Scale (DS)	El estrés debido al tratamiento era superior en las mujeres. Estas presentaban puntuaciones de depresión significativamente superiores frente a los varones. No existían diferencias significativas respecto a la variable edad y número de tratamientos realizados. Se recomienda apoyo psicológico en parejas con riesgo de depresión cuando los tratamientos no tienen éxito; cuando existen repeticiones de tratamientos; en parejas con bajo nivel socioeconómico; y con falta de apoyo de la pareja.
1999	Domar, A.D., Friedman, R. & Zuttermeister, P.C.	132 mujeres infértiles con pre-tratamiento psicológico cognitivo-conductual para el estrés	Beck Depression Inventory (BDI), Symptom Checklist-90 (SCL-90-R), nº embarazos durante los 6 meses de programa psicológico.	Un 42% de mujeres tuvieron embarazos viables dentro de los meses en que se impartía el programa psicológico. Estas mujeres tenían niveles muy altos de estrés antes de iniciar el programa psicológico. El mejor predictor de nacimientos viables era: (1) que fueran jóvenes y (2) que hubieran obtenido una mayor puntuación en el índice de severidad global del SCL-90-R. Conclusión: Un preprograma para disminuir el estrés psicológico está asociado con un mayor porcentaje de embarazos viables en tratamientos de infertilidad.
1999	Glover, L., Hunter, M., Richards, J.M., Katz, M. & Abel, P.D.	50 mujeres 50 varones en evaluación/tratamiento de infertilidad	The Fertility Adjustment Scale The Hospital Anxiety and Depression Scale	The Fertility Problem Inventory presenta niveles de fiabilidad alta. Una correlación significativa entre estado de ánimo, ansiedad y estrés proporcionó evidencia de validez concurrente entre ambos instrumentos. Los resultados sugieren que The Fertility Problem Inventory puede ser un instrumento de evaluación útil para la evaluación psicológica frente a los problemas de fertilidad y frente a los resultados de los tratamientos.
1999	Lukse, M.P. & Vacc, N.A.	100 mujeres 50 con tratamiento FIV y 50 con tratamiento de inducción de la ovulación	The Grief Experience Inventory	El objetivo era identificar los estados de pena, depresión y los mecanismos de afrontamiento de estas mujeres. Ambos grupos de mujeres experimentaban niveles elevados de pena y depresión antes, durante y después del tratamiento. Las mayores puntuaciones obtenidas en The Grief Experience Inventory se encontraron en ambos grupos de mujeres cuando no se producía el embarazo. No se ha encontrado que influyera en los niveles de pena y depresión informados: la edad, los problemas reproductivos, los años de infertilidad, el impacto económico, el número de ciclos de tratamiento. Ambos grupos utilizaban conductas de afrontamiento de aislamiento como por ejemplo dormir. Conclusiones: El consejo psicológico puede ser más efectivo si se aplica antes de iniciar el tratamiento. Los niveles de estrés en las mujeres y las estrategias de afrontamiento deberían ser valorados antes de iniciar el tratamiento de la infertilidad para proveer a las pacientes oportunidades de aprender y practicar nuevas conductas adaptativas, que podrían intensificar sus habilidades para afrontar la infertilidad, los procedimientos médicos asociados, y disminuir los niveles de pena y depresión experimentados.
1999	Newton, C.R., Sherrard, W. & Glavac, I.	1153 mujeres y 1149 varones en espera de tratamiento de infertilidad	The Fertility Problem Inventory (FPI) Evaluación de los niveles de ansiedad, depresión y satisfacción marital.	Objetivo: Desarrollar un instrumento válido para evaluar la percepción del estrés. Resultados: Las mujeres presentaban mayor estrés global que los hombres, y más estrés específico en términos de preocupación social, sexual y de necesidad de paternidad. Ambos, hombres y mujeres informaron mayor estrés social y problemas sexuales cuando el infértil era el hombre que cuando lo era la mujer. Los factores sociales, sexuales y de relaciones fueron mejores predictores de la depresión e insatisfacción marital que la necesidad de paternidad o la actitud con respecto a no tener hijos. Conclusiones: El FPI es una medida fiable para medir la percepción del estrés. Los patrones diferentes de infertilidad relacionadas con el estrés difieren dependiendo del género, historia de fertilidad y diagnóstico. Se aconseja la intervención psicológica en el área social, sexual y de relación marital, con el fin de conseguir el máximo beneficio terapéutico.
1999	Oddens, B.J., Den Tonkelaar, I. & Nieuwenhuyse, H.	281 mujeres en espera de tratamiento y 289 controles	Evalúan niveles de depresión, ansiedad, miedos.	La infertilidad es percibida como un acontecimiento severo. Las mujeres infértiles experimentaban mayor número de emociones negativas, presentaban alteraciones en la relación sexual, de pareja, y en el bienestar general. Presentaban asimismo humor depresivo, falta de concentración, ansiedad, miedos y ausencia de atractivo físico.
1999	Sanders K.A., Bruce, N.W.	90 mujeres en tratamiento de FIV y TE	Bi-polar Profile of Mood Satates (POMS) State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Se midieron características demográficas y estilo de vida antes del tratamiento	Se constata relación entre el estrés psicossocial y los resultados de los tratamientos de fertilidad. La historia de embarazo previo estaba relacionada positivamente con la posibilidad de embarazo. Por el contrario, un trabajo a tiempo total, un estado de ánimo hostil y alta ansiedad rasgo estaba asociado con una tasa más baja de embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghanwa, H.S., Dare, F.O. & Ogunniyi, S.O. (1999). Sociodemographic factors in mental disorders associated with infertility in Nigeria. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 117-23
- Barlik, B., Greene, K., Graf, M., Sharma, G. & Melnick, H. (1997). Examining PTSD as a Complication of Infertility. *Medscape Womens Health*, 2, 1.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F.M., Schroeder-Printzen, I., Gips, H., Herrero, H.J. & Weidner, W. (1999). Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, 31, 27-35.
- Bringhenti, F., Martinelli, F., Ardenti, R. & La Sala, G.B. (1997). Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factors. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 76, 431-7.
- Chiva, H., Mori, E., Morioka, Y., Kashiwakura, M., Nadaoka, T., Saito, H., & Hiroi, M. (1997). Stress of female infertility: relations to length of treatment. *Gynecol. Obstet. Invest.*, 54, 171-7.
- Domar, A.D., Friedman, R. & Zuttermeister, P.C. (1999). Distress and conception in infertile women: a complementary approach. *J. Am. Med. Womens Assoc.*, 54, 186-8.
- Facchinetti, F., Matteo, M.L., Artini, G.P., Volpe, A. & Genazzani, A.R. (1997). An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil Steril*, 67, 309-14.
- Glover, L., Gannon, K., Sherr, L. & Abel, P.D. (1996). Differences between doctor and patient estimates of outcome in male sub-fertility clinic attenders. *Br. J. Clin. Psychol.*, 35, 531-42.
- Glover, L., Hunter, M., Richards, J.M., Katz, M. & Abel, P.D. (1999). Development of the fertility adjustment scale. *Fertil Steril*, 72, 623-8
- Gómez, Y. (1984). *El derecho a la reproducción humana*. Madrid: Servicio de publicaciones Facultad Derecho. Universidad Complutense de Madrid.
- Guerra D. (1998). *Cómo afrontar la Infertilidad*. Barcelona: Editorial Planeta, S.A.
- Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A. & Barri, P.N. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13, 1733-6
- Harlow, C.R., Fahy, U.M., Talbot, W.M., Wardle, P.G. & Hull, M.G. (1996). Stress and stress-related hormones during in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 11, 274-9.
- Hunt, J. & Monach, J.H. (1997). Beyond the bereavement model: the significance of depression for infertility counseling. *Human Reproduction*, 12, 188-94.
- Janczur-Bidzan, M. (1995). The influence of infertility on women's personality. *Psychiatr Pol.* 29, 471-8.
- Lu, Y., Yang, L. & Lu, G. (1995). Mental status and personality of infertile women. *Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chic*, 30, 34-7
- Lukse, M.P. & Vacc, N.A. (1999). Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstet. Gynecol.*, 93, 245-51.
- Miranda, C., Larrazabal, F. & Laban, P. (1996). Family counseling in infertility couples. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 60, 75-8.
- Moreno, C. (1999a). Psicología y Reproducción Asistida. MedSpain (*La nueva revista de Medicina y Salud en Internet*), Sept., 1-5. (localización Internet: <http://www.medspain.es/curso.html>).
- Moreno, C. (1999b). La Psicología al servicio de la Reproducción Asistida. *Boletín de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF)*, 8, nº 2, 2-6.
- Moreno, C., Núñez, R. & Caballero, P. (1999). Sexualidad y reproducción humana: ¿Quieres es poder?. *Informació Psicológica, Revista Cuatrimestral del Col·legi Oficial de Psicòlegs del País Valencià*, 69, 38-41.
- Moreno, C., Pérez, A. M. & Caballero, P. (2000). Acercamiento psicológico al estudio de pacientes de una Unidad de Reproducción Asistida. XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad. (Actas de Congreso).
- Moreno, C., Pérez, A. M., Núñez, R., Guerrero, N., Martínez, J., Caballero, P. (1999). Proceso psicológico en Reproducción Asistida: Estudio preliminar en parejas infértiles. XXV Congreso Español de Ginecología y Obstetricia (ISEGO), Supl. 2. vol. 42, 107. (Actas de Congreso).
- Mori, E., Nadaoka, T., Marioka, Y. & Saito, H. (1997). Anxiety of infertile women undergoing IVF-ET: relation to the grief process. *Gynecol. Obstet. Invest.*, 44, 157-62.
- Newton, C.R., Sherrard, W. & Glavac, I. (1999). Development of the fertility adjustment scale. *Fertil Steril*, 72, 623-8.
- Oddens, B.J., Den Tonkelaar, I. & Nieuwenhuysse, H. (1999). Psychological experiences in women facing fertility problems: a comparative survey. *Human Reproduction*, 14, 255-61
- Ranz, R. (1999). Esterilidad, técnicas de reproducción asistida y terapia familiar médica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 41, 123-137.
- Sanders K.A., Bruce, N.W. (1999). Psychological stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 14, 1656-62
- Stansberry, J. (1996). The infertile couple: an overview of pathophysiology and diagnostic evaluation for the primary care clinician. *Nurse Pract. Forum*, 7, 76-86
- Stoleru, S., Teglas, J.P., Spira, A., Magnin, F. & Fermanian, J. (1996). Psychological characteristics of infertile patients: discriminating etiological factors from reactive changes. *J. Psychosomatic Obstet. Gynaecol.*, 17, 103-18.