

# **1. INTRODUCCIÓN**

El inicio de los tratamientos de reproducción asistida, los tratamientos fallidos y todas las situaciones que ocurren en el contexto de la Medicina Reproductiva, dan lugar a importantes reacciones emocionales que pueden llegar a desencadenar trastornos psicológicos.

Actualmente son muchas las investigaciones en torno a los aspectos psicológicos asociados a las parejas con trastornos de fertilidad. El departamento de psicología de la Universidad de Dinamarca publicó en mayo del 2012<sup>(1)</sup> los resultados de un estudio llevado a cabo en pacientes sometidos a un primer tratamiento de reproducción, sobre los cuales se analizó la intervención de la escritura expresiva sobre el estrés. Los resultados sugieren que se trata de un método factible, rentable y eficiente, aunque estos resultados deben ser considerados como preliminares y comprobados con un mayor número poblacional.

Chen y col. concluyeron <sup>(2)</sup> en 2004 que el 40,2% de la muestra con la que trabajaron presentaba, al menos , un trastorno psicopatológico, siendo los cuadros depresivos (con una prevalencia del 26.8%) y los trastornos de ansiedad (con un 28.6%) los que aparecían con mayor frecuencia. Sin embargo, solo un 6.7% de las mujeres con trastorno psiquiátrico habían acudido a un profesional de salud mental.

La afectación de estas pacientes alcanza tal nivel, que la infertilidad se incluye por Organización Mundial de la salud dentro del grupo de las enfermedades crónicas.

A pesar de ello, Antequera y col. (2008) <sup>(3)</sup> concluyen que “posee unos matices que la diferencia del resto de padecimientos físicos, a saber: no afecta a la funcionalidad de ningún órgano y , por tanto, no impone limitaciones físicas a quienes la padecen, no hay sintomatología ni dolor asociado a la misma no existe una amenaza real a la propia vida y las parejas pueden elegir libremente someterse o no a tratamiento ya que su

evolución no supone peligro alguno para la supervivencia. Por último, los sujetos con problemas de infertilidad no constituyen un grupo homogéneo”.

En el proceso de adaptación a la situación aparecen enormes diferencias personales y /o de pareja. Según Guerra y col. (2007)<sup>(4)</sup>, se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre los factores que pueden predecir una baja adaptación entre los pacientes infértiles. Estos factores de riesgo se dividen en varias categorías:

- **Variables personales:** antecedentes psicopatológicos (de personalidad, ansiedad, depresión), infertilidad primaria, ser mujer , ver la paternidad como un objetivo central de la vida adulta y la utilización generalizada de estrategias de afrontamiento.
- **Variables situacionales o sociales:** pobre relación marital, escasa red social, situaciones o personas que “recuerden la infertilidad”(p.ej. reuniones familiares, mujeres embarazadas).
- **Variables relacionadas con el tratamiento:** tiempo de infertilidad /tratamientos realizados, efectos secundarios asociados a la medicación: fluctuaciones del humor, situaciones que amenacen el conseguir el embarazo (p.ej. pérdida embrionaria, fallo del tratamiento), y los momentos de toma de decisiones (p.ej. empezar y finalizar el tratamiento, reducción embrionaria)

En relación con lo anterior, se une que la evolución de las alteraciones emocionales está determinada por la propia evolución del proceso, existiendo un reseñable grupo de parejas que no las presenta de forma significativa. Los recursos adaptativos de cada persona y el apoyo emocional externo que reciba determinarán la reacción frente a la situación. Las alteraciones psicológicas no siempre cumplirán criterios clínicos que permitan clasificarlas como entidades clínicas propiamente dichas.

Estos datos llevan a Antequera a concluir que “la sintomatología depresiva y ansiosa que aparece frente al diagnóstico y tratamiento de reproducción asistida se encuadra en el concepto de desajuste emocional mejor que en el de alteración psicopatológica.”

Definiendo psicopatología como la referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicopatológico, se concluye que los trastornos más frecuentes son los referidos a la psicopatología de la afectividad, atención, pensamiento, sueño y conducta sexual. En ocasiones también los trastornos de alimentación pueden desencadenar problemas de la fertilidad, debido al desajuste hormonal que ocasionan.

La vivencia de la infertilidad y sus tratamientos puede dividirse, en función de similitud de características psicológicas, en tres momentos diferentes: lo acontecido previo al tratamiento, durante y después del mismo. De esta forma, se describirán cada una de las situaciones vividas por quienes recurren a las técnicas de reproducción para alcanzar el objetivo de ser padres.

## **1. PSICOPATOLOGÍA PREVIA AL INICIO DEL TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

La procreación se trata de un valor cultural que a lo largo de la historia se ha ido reforzando, por ello la continuidad de la especie humana y de los valores que ello conlleva, se constituye como una característica intrínseca al ser humano.

Según las autoras Dolz y col. (2009)<sup>(5)</sup>, “para entender el sentimiento que produce en las personas saberse infértil o estéril, cobra especial relevancia ser conscientes del significado que han tenido estos términos a lo largo de la historia, y de lo que de ella se deriva”.

Cuando una pareja decide que quieren tener un hijo, lo hacen con el convencimiento de que simplemente requiere intentarlo, una vez que sienten que han alcanzado la estabilidad suficiente en cuanto a su situación personal, familiar, laboral y de pareja. La creencia popular es que conseguir su objetivo de alcanzar el embarazo no conlleva ninguna dificultad asociada.

Sin embargo son notables los casos en los que a pesar de los esfuerzos y de la utilización de todos los recursos no se consigue el embarazo, lo que implica que el

deseo de maternidad se viva de un modo diferente. En estas circunstancias aparecen los primeros desajustes emocionales. Son muchas las preguntas que surgen como consecuencia de esta situación, la mayoría de ellas sin respuesta, derivando en sentimientos de incertidumbre, en reacciones de sorpresa, desconcierto y frustración a veces, y rabia y culpa en otras, que se convertirán en compañeros inseparables de camino.

Dichas emociones aumentarán a ritmos diferentes en la mujer y el hombre, y estarán marcadas a su vez, por el prejuicio social del “no poder tener hijos”.

Cuando a la hora de procrear, se tiene como referente la virilidad, masculinidad y/o feminidad, e incluso “la valía como persona”, la incapacidad para tener hijos “ por uno mismo” pone en tela de juicio la identidad personal caracterizada por valoraciones negativas como : baja autoestima y sentimientos de inferioridad, autoconfianza y autoimagen precarias, y autovaloraciones de escaso atractivo y “ consideración digna “ por parte de los demás, llegando incluso a cuestionarse la capacidad para ser padres y mantener una relación de pareja.

No obstante, se puede afirmar que no toda la población que tiene problemas de fertilidad lo vive de un modo inadecuado y, por tanto, con alguna patología psicológica asociada. La mayoría de ellos viven dicho proceso valiéndose de un repertorio de conductas adaptativas adecuadas y eficaces, que le permiten afrontar el impacto inicial y asumir la nueva situación

El Centro de medicina psicosocial de la Universidad de Heidelberg de Alemania<sup>(6)</sup>, estudió en noviembre de 2011 la resiliencia, entendida como la resistencia al estrés psicosocial, en parejas infértiles y su calidad de vida. Concluyeron que la resiliencia es un factor protector inespecífico contra el estrés y la pérdida de calidad de vida en parejas con trastornos de reproducción.

En esta fase se experimenta una constante oleada de emociones y sentimientos que a veces se impregnan de ilusiones y expectativas de conseguirlo y en ocasiones están repletos de decepción, tristeza o frustración.

Una de las particularidades de esta etapa es encontrar parejas que con empeño ponen su relación sexual al servicio de la reproducción, aumentando significativamente la frecuencia de relaciones y prescindiendo, en muchos casos, de los patrones de intercambio sexual hasta ahora mantenidos : ya no son el deseo o la atracción mutua quienes marcan el inicio de un encuentro íntimo, convirtiéndose éste más en un medio para conseguir el embarazo tan deseado, que en un fin en sí mismo, lo que provocará consecuentemente, la aparición de psicopatología asociada a la inhibición del deseo y alteraciones en la respuesta sexual.

Tras reiterados intentos de buscar el embarazo, se vive la llegada de la menstruación como un nuevo fracaso y la aparición de una situación de “riesgo emocional” en la que síntomas como pensamientos catastrofistas sobre las posibilidades reales de conseguirlo, conductas obsesivo-compulsivas que “chequean” la búsqueda de síntomas que puedan significar un posible embarazo, y sentimientos de desánimo, se configuran como un cuadro ansioso-depresivo característico de algunas mujeres en esta etapa.

Las variables sociales también cobran un papel importante. Circunstancias que reflejan cómo sociedad, familia y red de referencia se sienten legitimados para preguntar a veces de forma reiterada e invasiva sobre la vida y el futuro reproductivo de la pareja. Así pues muchas de las parejas refieren que: “ Constantemente nos preguntan si no queremos tener hijos, que para cuándo lo vamos a dejar y que si no estamos en ello”.

El momento en que una pareja toma la decisión de acudir a profesionales, estiman la decisión de acudir a profesionales, está sujeto a diferentes variables: edad de la mujer, tiempo de intentar el embarazo por medios naturales, manifiesto y patente deseo de tener un hijo, valor de las expectativas de ser padres, situación personal y laboral y grado de acuerdo entre ambos miembros de la pareja.

En un alto porcentaje de casos, el ginecólogo de referencia será el profesional que , dependiendo de la valoración clínica realizada, en ocasiones aconsejará la pertinencia de un tratamiento reproductivo.

Éste es otro de los momentos que suelen derivar en la aparición de respuestas de alto valor emocional, a veces tras verificar la existencia de los problemas reproductivos que ya se venían sospechando, a veces dando paso a la incertidumbre, desconcierto e inseguridad que produce el inminente futuro incierto.

En muchas ocasiones se suscitan discusiones en torno a respuestas de incredulidad, de negación ante lo evidente y , de reproches hacia quién en la pareja no ha querido solicitar la ayuda antes, son también representativos de las pautas de comunicación que se instauraran en la pareja. Pautas quizás producto de dos formas diferentes de entender y vivir el proceso , de desiguales capacidades de empatía hacia cómo lo está procesando el otro, así como de diferencias significativas en el “rol que cada uno va a jugar” a partir de ahora: en qué lugar de sus prioridades va a colocar el abordaje de los problemas de fertilidad y en qué grado se va a implicar en ello. Condiciones todas ellas que colocan a la persona en una situación de crisis vital, susceptible desde la perspectiva clínica de apoyo, asesoramiento e intervención psicológica.

Aún así , aparecen de forma paralela sentimientos esperanzadores marcados por la lógica pero, a veces, desmedida expectativa, de que una vez el problema reproductivo esté en manos de los profesionales, el éxito es seguro y , por tanto, el embarazo tan deseado, llegará de forma inmediata. Por ello, cuando ya desde la perspectiva profesional se les habla de probabilidades según diagnóstico, variables afectadas y tratamiento designado, tales mensajes son escuchados desde el filtro de quienes tienen todas sus esperanzas puestas en volver a recuperar el control y la tranquilidad que han ido perdiendo.

## **PSICOPATOLOGÍA DURANTE EL TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

Ante el inicio del tratamiento, generalmente la pareja sufre sentimientos encontrados. Por una parte, suele sentir ilusión y ganas de comenzar, ya que espera que el tratamiento sea la solución a tanto tiempo de espera del embarazo. Pero, a la vez, y

más en aquellos casos en los que ya ha habido algún tratamiento sin éxito, a menudo se siente miedo y temor al resultado negativo y a la consecuencia que ello tendrá en su estado anímico. Los días de la estimulación son en si mismos estresantes, requiere numerosas visitas a la clínica para realizar controles. Esto en la mayoría de los casos supone justificar las ausencias en el trabajo y excusas hacia las personas de su entorno cercano. La paciente tiene que inyectarse diariamente la medicación , con la dificultad que ello conlleva, sobremanera para aquellas que tengan algún tipo de fobia a las agujas.

En estos momentos, casi todas las mujeres refieren un nivel de ansiedad más elevado, pensamientos obsesivos relacionados con la evolución del ciclo y, a menudo, con la forma de administrarse la medicación, dudando incluso de estar realizándolo correctamente.

Cuando , a pesar del gran esfuerzo que se está haciendo, el ginecólogo se ve obligado a cancelar el ciclo debido a una baja respuesta, sentimientos de frustración , rabia e impotencia invaden a la paciente y a su pareja. Junto a ello, a menudo vuelven a aparecer el pesimismo y la sensación de que nunca alcanzarán el objetivo deseado.

Si la estimulación va adelante, la paciente debe enfrentarse al quirófano para realizarla extracción de ovocitos. Es tal el nivel de tensión que se acumula en estos días que muchas pacientes muestran una intensa labilidad emocional expresada con conductas de llanto incontrolado.

Los días siguientes son duros. La información que van recibiendo del laboratorio marca su estado de ánimo. Si las noticias son buenas , la pareja vuelve a ilusionarse con posibilidad de lograr el embarazo. Si la información es negativa, de nuevo la impotencia y la frustración bloquean su optimismo . Hasta el día de la transferencia no se sabrá con seguridad si la pareja puede ver concluido su tratamiento.

Durante los días de espera se produce una verdadera labilidad a nivel emocional. Sentimientos positivos y negativos se alternan en un corto periodo de tiempo, la incertidumbre impide a los pacientes el control sobre sus propias cogniciones. La atención de ella se centra en su propio cuerpo, observando con detalle el más mínimo cambio que en él se produzca, en algunos casos se han llegado incluso a describir

cuadros psicopatológicos de naturaleza hipocondríaca. Así mismo, el aprendizaje de este tipo de respuestas como mecanismo regulador de la ansiedad puede ser la antesala de patrones de comportamiento obsesivo-compulsivos.

En ocasiones, aparecen pensamientos mágicos relacionados con la consecución del embarazo. Sin duda, ante la falta de control de la situación, se ponen en objetos externos que son controlables y manejables, la capacidad para “intervenir” sobre lo ocurrido.

Así también, con frecuencia, los pacientes refieren alteraciones del sueño, alimentación, dificultad para centrar su atención, nerviosismo y ansiedad. Todos ellos síntomas que a veces cursan clínicamente como crisis de angustia. Además, suelen darse cambios bruscos en el estado de ánimo, alternando llanto y tristeza con risa y alegría en cortos periodos de tiempo, de manera cíclica y recurrente.

Los pensamientos obsesivos propios de este tiempo giran entorno al resultado del tratamiento.

En 2007 se publicó una revisión de los últimos 25 años sobre los sentimientos padecidos por aquellas mujeres sometidas a tratamientos de fertilidad. En ella Verhaak y col.<sup>(7)</sup> concluyeron que las mujeres que iniciaban los tratamientos eran mínimamente diferentes, en cuanto a sentimientos, que aquellas no tratadas. Los tratamientos fallidos incrementaban los sentimientos negativos que permanecían incluso después de finalizar y cancelar los ciclos de tratamiento. Al contrario, cuando se conseguía el embarazo, los sentimientos negativos desaparecen. Esto indica que los sentimientos vividos por las parejas se ven estrechamente asociados a los resultados de los tratamientos.

Sin embargo, algunos estudios abogan por que esta asociación no es bidireccional en todos sus ámbitos. Así pues, Linsten y col (2009)<sup>(8)</sup> demostraron que la ansiedad y depresión no influye en la cancelación y tasas de embarazo de un primer tratamiento de FIV O ICSI.

Ebbesen SM, Zacharieae y col. (2009)<sup>(9)</sup> demostraron el impacto del estrés durante tratamientos de reproducción sobre los resultados de los mismos. Un gran



número de eventos, percibidos como negativos para la calidad de vida, conducen a un estrés crónico, el cual reduce las posibilidades de obtener buenos resultados en tratamientos de fecundación in vitro, probablemente por medio de, entre otras cuestiones, la recuperación de ovocitos.

En la mayoría de las ocasiones los pensamientos son en sentido negativo, siendo más frecuentes en la mujer que en el hombre. En febrero de 2012 la Universidad de Coimbra<sup>(10)</sup> publicó que las parejas infértiles presentan mayores niveles de depresión y una menor capacidad de aceptación de la situación que aquellas parejas que se tomaban como grupo control. Este patrón era más acusado en las mujeres que en los hombres.

Por todo ello, se sugería que estos conceptos debían ser tenidos en cuenta en el contexto terapéutico de estas parejas. El factor masculino se ve determinado por numerosas cuestiones. El estrés por si solo puede disminuir los niveles de testosterona y la espermatogénesis. La evaluación de la infertilidad puede dar lugar a un cierto malestar que consecuentemente dé lugar a alteraciones en la muestra de esperma.

En aquellos casos en que el resultado de los tratamientos es negativo, sentimientos de profunda pena y tristeza invaden a la paciente. La autoestima se ve disminuida provocando que surjan sentimientos de desvalorización personal, y que aparezca la apatía y el retraimiento como patrones emocionales estables durante algún tiempo. El negativismo respecto a la posibilidad de alcanzar su objetivo se instaura en el pensamiento de la paciente. Por lo general, el hombre, suele tener una forma más positiva de afrontar la situación. Aunque también aparecen alguno de estos sentimientos, la recuperación es más rápida y suele tener una visión más objetiva sobre las posibilidades de solución al problema.

Domar y col. (1992)<sup>(11,12)</sup> demostraron que el trastorno por depresión mayor es más común en mujeres en tratamiento de infertilidad que en mujeres fértiles. Esta misma autora concluyó en 1993 que la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con otras enfermedades crónicas, tales como cáncer o hipertensión es similar.

Cuando el resultado es positivo, las parejas vivencian el mismo de un modo eufórico como respuesta inmediata a algo tan esperado, deseado y a la vez tan ansiado.

También es cierto que en muchos de los casos, y a veces dependiendo de la presencia y confluencia de determinadas variables que describimos, aparecen respuestas de miedo. Algunas de dichas variables, como el número de tratamientos realizados anteriormente, la vivencia que se haya experimentado en cada uno de ellos, el miedo condicionado a situaciones vividas desde la indefensión y desajuste emocional, precipitan la ocurrencia de pensamientos relacionados con el temor a que pueda pararse el proceso, con el miedo al aborto o con la creencia de que el riesgo de que aparezcan dificultades es mayor que en un embarazo espontáneo. En algunas mujeres esto puede suponer el riesgo de vivir el embarazo con baja adaptación, con la presencia recurrente de respuestas de ansiedad manifiestas.

En cuanto a la psicopatología de las parejas en reproducción asistida, merece especial atención los cambios producidos en la relación de pareja en sí misma. A nivel de comunicación, la pareja, a menudo, muestra dificultad para compartir las diferentes formas de vivenciar el problema, tienen miedo a mostrar sus debilidades ante el otro y, a la vez, en ocasiones, aumentan las exigencias respecto a él ella.

A veces, refieren tener la necesidad de jugar a apoyar y hacerse cargo del malestar del otro, a pesar de que en muchas ocasiones muestran verdadera dificultad para empatizar con sus emociones. Con frecuencia surgen sentimientos de culpa en la persona en la que se ha diagnosticado la dificultad que, de alguna manera, afectan a la relación. En general, muchos de ellos refieren que se ha producido un desequilibrio en su fortaleza emocional.

La Unidad de Reproducción Asistida Humana del Rotunda Hospital de Irlanda, estudió en febrero del 2012<sup>(13)</sup> la comprensión de las parejas y de su entorno familiar, de su propia infertilidad, por medio de un cuestionario. El apoyo, los rasgos de las relaciones y los niveles de estrés antes de comenzar un tratamiento de fertilidad. Comparándolo con los resultados hace 6 años, las parejas ahora tienen una mejor comprensión de la infertilidad y buscan ayuda más precozmente. Se demostraron niveles de estrés mayores y se identificaron importantes diferencias en cuanto a la existencia de una actitud más abierta de las mujeres que hablan y buscan ayuda de sus familiares y amigos en comparación con los hombres.

En lo referente a las relaciones sexuales, según Hammer y col (2000)<sup>(14)</sup>, en una primera fase “la infertilidad provoca un incremento de la frecuencia de las relaciones a mitad del ciclo ovulatorio, una disminución en la fase lútea, disminución en la variedad de expresión sexual y cambios en la persona que toma la iniciativa en las relaciones, la mujer es quien busca la relación”.

En la mayoría de las ocasiones, a medida que va avanzando el proceso, surgen trastornos en el deseo sexual en ambos miembros de la pareja, así como trastornos en la excitación, que pueden derivar en impotencia y en trastornos del orgasmo, provocando eyaculación precoz en el hombre o anorgasmia en la mujer.

Todo esto repercute negativamente en el patrón de interacción de la pareja, llegando a provocar un distanciamiento significativo y respuestas de evitación de encuentros íntimos, coincidiendo paradójicamente con la fase en la que más cercanía y ternura necesitan.

En un estudio ya clásico, Andrews y col. (1991)<sup>(15)</sup> encontraron que los problemas de infertilidad aumentaban los conflictos en la pareja, disminuía la propia estima en lo referente a la sexualidad, y disminuía la satisfacción de las relaciones sexuales así como la frecuencia de las mismas.

## **PSICOPATOLOGÍA DESPUES EL TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**

Cuando el embarazo sigue sin producirse a pesar de que se realizan varios ciclos de tratamiento de reproducción asistida, la sintomatología aumenta. Si la situación de afrontamiento de resultados negativos que se desarrollaron anteriormente, ocurre de forma repetida y tras cada tratamiento, la experiencia clínica demuestra, que el riesgo de aparición de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y de problemas de desajuste marital es muy alto. Por tanto la necesidad de llevar a cabo una intervención psicológica adquiere una vital importancia, entre otras cuestiones para facilitar recursos de

afrontamiento a dicha situación vital, o bien a ayudar a la persona y o pareja a elaborar y tomar la decisión de finalizar el tratamiento.

En este momento, uno de los principales objetivos en la relación de ayudas es valorar la existencia de otras alternativas a los tratamientos de reproducción : la vida sin hijos o la posibilidad de la adopción.

En lo referente al tiempo de infertilidad, Domar (1992) <sup>(11,12)</sup> concluyó que mujeres con una historia de infertilidad de 2 - 3 años tenían puntuaciones más elevadas en la escala de Depresión de Beck que mujeres en tratamiento por menos de 1 año o con más de 6 años.

Boivin y col. (1995)<sup>(16)</sup> han demostrado un incremento del distrés emocional a mayor tiempo de infertilidad tanto en hombres como en mujeres debido al fracaso sucesivo de los tratamientos.

Obviamente, la vivencia y la experiencia de sucesivos embarazos que no llegan a su fin genera mayor impacto emocional que la simplemente no consecución del mismo. Según Carter (2007)<sup>(17)</sup>, la perdida temprana del embarazo ocurre entre el 12 y 24% de las gestaciones. Según este mismo autor, los síntomas depresivos, los síntomas de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo e incluso, el trastorno por estrés postraumático son las reacciones más comunes a esta situación .

No hay que olvidar que, como afirma Antequera y col. (2008) <sup>(3)</sup>, “para la pareja, y especialmente para la mujer, el cigoto que empieza a dividirse es sentido, conceptualizado y vivenciado como su hijo y , por ello, cualquier aborto que se produce es una pérdida de “quien pudo llegar a ser”. La ilusión y la esperanza van aumentando a medida que transcurren los meses de gestación, por tanto, la pérdida y las reacciones consecuentes a la misma son mayores cuánto más avanzado sea el embarazo”.

Cuando esta pérdida se produce después de varios ciclos de tratamiento, el impacto es total. Síntomas depresivos, conductas de evitación, búsqueda de un motivo, una causa que explique lo ocurrido , sentimientos de culpa, síntomas de ansiedad, insomnio... son algunas de las consecuencias más comunes. Hasta tal punto llega a ser

significativa esta respuesta que muchos autores abogan por establecer un “ síndrome post-aborto” como cuadro psicopatológico propio que incluiría toda esta sintomatología.<sup>(18)</sup>

Verdaderamente la pareja vive un auténtico proceso de duelo. Un duelo, en este caso mucho más complejo ya que la vivencia del objeto perdido no ha sido algo real y concreto que se pueda recordar, si no que ha sido en todo momento una ilusión , una fantasía de un gran deseo que se había visto, por un tiempo, cumplido y que , en un instante, se desvanece sin poder materializarse.

Generalmente, el entorno familiar y social de estas parejas no comprenden ni comparten los sentimiento antes citados. Esto, en vez de ayudar a las parejas a afrontar la situación hace que aquellos q les rodeen les animen a recuperarse y a reincorporarse al ritmo de vida ya sea en el trabajo, salidas con amigos, etc.

La pareja necesitará su tiempo para recomponerse y serán ellos mismos quiénes determinen cuánto durará. Según Lok y col.<sup>(19)</sup> , la sintomatología que sigue al aborto puede persistir a lo largo de los 6 -12 meses después de la pérdida , y entre un 10-50 % de las mujeres llegan a presentar un Trastorno de Depresión Mayor.

## **PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA A MODELOS FAMILIARES ALTERNATIVOS**

El número de mujeres sin pareja masculina que acuden a una clínica a realizar un tratamiento de reproducción ha aumentado notablemente en los dos últimos años. Éste y otros datos encontrados en la bibliografía y que evidencian resultados similares, ponen de manifiesto que ya es una realidad con identidad propia el hecho de que algunas mujeres se planteen vivir su maternidad en solitario o como pareja homosexual.

Dentro de este grupo se encuentran con tres tipos de circunstancias:

- Quienes deciden llevar a cabo el tratamiento de reproducción y afrontar la maternidad a nivel social en solitario.

- Quienes lo hacen abordando ambas cosas de forma compartida en el seno de una pareja homosexual.
- Quienes además deciden que en el tratamiento exista la “ implicación biológica - genética “ de ambas.

En el caso de las parejas homosexuales, los cambios que se han producido en los últimos años, derivados de una mayor aceptación y concienciación social, una presencia notable en los medios de comunicación y , por supuesto, de un mayor amparo de la actual ley de Reproducción Asistida, están permitiendo que cada vez con más frecuencia estas parejas acudan a los centros de reproducción.

Las motivaciones y deseos que llevan a una pareja homosexual a tener un hijo son muy similares a los deseos y motivaciones de una pareja heterosexual, y la decisión de iniciar un tratamiento y someterse al mismo y a sus efectos también está sujeta a las mismas dificultades y desajustes emocionales.

Aún así, existen evidencias clínicas que demuestran que las parejas de mujeres que han decidido afrontar la maternidad son personas que al haber afrontado situaciones personales y sociales en su mayoría de alto grado de dificultad, han desarrollado un repertorio de habilidades de afrontamiento que les permite tener un adecuado nivel de competencia y eficacia a la hora de abordar nuevos retos.

El perfil de las mismas podría configurarse como mujeres independientes, con gran equilibrio emocional, con un alto nivel de autoestima y amplias e implicadas redes sociales, y que gozan por tanto de una “ salud psicológica adaptativa”. Circunstancia que ayuda a explicar la evidencia clínica : la mayoría de ellas no solicitan apoyo y asesoramiento psicológico.

En el caso de las mujeres sin pareja, igualmente, son mujeres independientes que tienen un enorme y claro deseo de ser madres pero o no tienen, o no han elegido pareja para llevarlo adelante. Las circunstancias afines que comparten son : haber llegado a una edad en la que se plantean el “ahora o nunca”, tener una estabilidad emocional y económica, sentirse seguras con su planteamiento y contar con apoyo social.

Al ser los tratamientos de reproducción la mejor solución para alcanzar su deseo lo vivencian más como un medio para alcanzar un fin que como una dificultad en sí misma. Al igual que las parejas homosexuales no suelen presentar una psicopatología susceptible de intervención psicológica.

Cuando piden apoyo o asesoramiento psicológico lo hacen para afianzarse en la creencia de que un niño puede ser felizmente criado en una familia monoparental y abordar dudas y temores que se plantean respecto a la comunicación al hijo de su circunstancia familiar.

### **ESCALAS UTILIZADAS PARA LA VALORACIÓN DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS COMO : DEPRESIÓN , RESILIENCIA, ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DEL SUEÑO.**

La Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D) fue desarrollada para su uso en estudios epidemiológicos en población general. La selección de items se realizó a partir de diversas fuentes (Escala de Depresión de Zung, inventario de Depresión de Beck, Escala de Raskin, etc.), y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático.

El término de resiliencia que proviene del latín “resilio” y quiere decir volver atrás, volver de un salto, rebotar o recuperar la forma original, se utilizó originalmente en la física para expresar la capacidad de un material de recobrar su forma original después de haber sido sometido a altas presiones. En forma metafórica su uso se extendió rápidamente en el campo de las ciencias sociales al contemplar que en muchas ocasiones el daño o el riesgo no encuentra al sujeto inerme, sino que existen “escudo protectores” que atenúan los efectos negativos, y a veces transforman las fuerzas negativas en un factor de superación de una situación difícil.

Si bien existen numerosas definiciones sobre resiliencia, todas ellas comparten la idea de capacidad, resistencia, superación, fortalecimiento ante situaciones adversas. En los últimos años se han llevado a cabo diversas investigaciones sobre resiliencia, las cuales han permitido identificar numerosos factores y recursos en distintas poblaciones y grupos étnicos, existe una gran carencia de instrumental evaluativo en esta área, lo cual se debe en gran medida a la aparición reciente del concepto de resiliencia. Ello plantea la necesidad de trabajar no solamente en la identificación y promoción de factores resilientes, sino también en la investigación y elaboración de instrumentos que permitan evaluar cómo estos factores interactúan entre sí y de qué manera inciden en la calidad de vida de los sujetos.

Para este fin, se construyó una entrevista estructurada, como la RS-14, con el objeto de evaluar la configuración de factores de riesgo y de protección en sujetos que se encontraban atravesando distintas situaciones adversas. Del interjuego entre los factores mencionados, surgen mayores o menores posibilidades de desarrollar conductas resilientes, que contribuyan al bienestar y calidad de vida de los sujetos.

Por último, en cuanto a las escalas utilizadas para analizar el estado de salud, se considera que una de las más útiles es el cuestionario SF-12 que resulta de la adaptación reducida del cuestionario de salud SF-36. Es una de las escalas genéricas más usadas para la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación.

Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36 ( función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general ).



## **2. HIPÓTESIS**

Las técnicas de reproducción asistida producen, en algunos de los pacientes sometidas a ellas, alteraciones en las distintas dimensiones psicológicas del Ser Humano.

Ante el gran interés surgido en los últimos años acerca de este tema y las numerosas investigaciones publicadas, decidimos realizar un estudio en nuestro centro que nos permita valorar el impacto emocional y en la calidad de vida de las técnicas de reproducción asistida.

### ○ **HIPÓTESIS:**

El estado de salud y la calidad del sueño se ven mermados por las técnicas de reproducción asistida, presentándose un menor impacto en aquellos pacientes con mayores factores resilientes.

## **3. OBJETIVOS**

1. Valorar la percepción del estado de salud y de la capacidad en las actividades diarias de la paciente .
2. Comprobar la existencia de problemas emocionales que trastorquen las actividades cotidianas.
3. Valorar la existencia de factores protectores de resiliencia en pacientes sometidas a TRA.
4. Relación entre la afectación de la calidad del sueño y las técnicas de reproducción asistida.

## **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1.-DISEÑO DEL ESTUDIO**

#### **a.- Serie estudiada. Criterios de inclusión:**

Se ha realizado un estudio comparativo de dos poblaciones de forma prospectiva, en el que por medio de una serie de escalas cumplimentadas por la propia paciente, de forma voluntaria, se recogieron datos del rol emocional, salud mental, vitalidad, resiliencia y calidad del sueño.

Se seleccionó una serie de 15 casos de pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida en “La Unidad de Reproducción del H.U.C.A”, en el momento de la realización de la encuesta, excluyendo a aquellas que ya previamente tuvieran patología psiquiátrica. Como controles fueron elegidas 15 pacientes gestantes, a seguimiento ese momento en “la consulta de obstetricia” del mismo centro hospitalario, descartando a aquellas con diagnósticos de patología psiquiátrica y /o de esterilidad.

El intervalo de tiempo durante el que las pacientes fueron captadas transcurrió desde el mes de Enero de 2012 hasta Abril de 2012.

#### **b.- Fuente de información :**

Las encuestas eran entregadas a las pacientes en el momento de la consulta de “La Unidad de Reproducción”, o bien en “La Consulta de Obstetricia” y posteriormente las enviaron por correo, ya cumplimentadas.

Los datos utilizados para el estudio fueron extraídos de las encuestas completadas por las propias pacientes y de los datos de sus historias clínicas, diseñándose para ello un protocolo de recogida de datos en base a los objetivos de nuestro trabajo.

**c. Definición de las variables a estudio :**

**→ Variables demográficas de la paciente a estudio y de su pareja:**

- SEXO: varón o mujer
- EDAD: edad del paciente en la fecha en la que acudió a la consulta, contabilizada de forma discreta en años enteros.
- PROFESIÓN
- NIVEL EDUCATIVO: clasificado en estudios básicos, medios y universitarios.

**→ Variables conductuales:**

- HÁBITOS TÓXICOS: alcohol, tabaco y otras drogas.
- EJERCICIO FÍSICO: trabajo cotidiano, fines de semana, ejercicio regular (más de 3 veces / semana)

**→ Variables clínicas:**

- ROL EMOCIONAL: interferencia en el trabajo u otras actividades diarias.

Para ello se incluyen las respuestas a las siguientes preguntas de la escala "SF-12": ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? y ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

Los resultados eran sí o no, tratándose así de una variable cualitativa dicotómica.

- SALUD MENTAL: depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta. Esta variable es medida en nuestro estudio por medio de las respuestas dadas a :
  - En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmada y tranquila?, ¿cuánto tiempo se sintió desanimada y triste?.
  - En la última semana, me sentía preocupada por cosas que por lo general no me preocupaban, me sentía deprimida, sentía miedo y estaba feliz.
  - Las dos primeras preguntas pertenecen al cuestionario “SF-12” y se valoran como una variable cualitativa ordinal: 1 = siempre, 2 = casi siempre, 3 = muchas veces , 4 = algunas veces , 5 = sólo alguna vez y 6= nunca. En el caso de las 4 últimas constituyen parte de la escala CESD-10 que se responde como 1 = menos de un día, 2 = de 1 a 2 días, 3 = de 3 a 4 días y 5 = todos los días, se trata de una variable cuantitativa continua, que hemos medido como cualitativa ordinal según intervalos de tiempo.
  
- VITALIDAD: sentimiento de energía. Fue valorada por las preguntas:
  - ¿En las últimas 4 semanas, tuvo mucha energía? Con las siguientes posibles respuestas: 1 = siempre, 2 = casi siempre, 3 = muchas veces , 4 = algunas veces , 5 = sólo alguna vez y 6= nunca. (SF-12). Variable cualitativa ordinal.
  - En la última semana, “no podía ponerme en marcha (no podía empezar a funcionar)”. Se trata de una variable cuantitativa continua, que hemos medido como cualitativa ordinal según intervalos de tiempo, los cuales se corresponden con las siguientes: 1 = menos de un día, 2 = de 1 a 2 días, 3 = de 3 a 4 días y 5 = todos los días. (CESD-10).

- “Siento que puedo realizar/ocuparme de muchas cosas al mismo tiempo” de la escala de resiliencia RS-14, en la que las contestaciones varían entre las siguientes: 0 =totalmente en desacuerdo, 1 = bastante en desacuerdo, 2 = un poco en desacuerdo, 3 = neutro, 4 = un poco de acuerdo , 5 =bastante de acuerdo y 6 = totalmente de acuerdo. Variable del tipo cualitativa ordinal.
  
- RESILIENCIA: capacidad, resistencia y superación ante situaciones adversas.
  - Habitualmente me arreglo de un modo otro.
  - Habitualmente me tomo las cosas como vienen.
  - Puedo superar dificultades porque he pasado por momento difíciles.
  - Mi confianza en mí misma me permite superar dificultades.
  - Cuando estoy en una situación difícil, habitualmente encuentro una solución.
  - Todas las cuestiones anteriores forman parte de la escala RS14 y sus respuestas posibles son : 0 =totalmente en desacuerdo, 1 = bastante en desacuerdo, 2 = un poco en desacuerdo, 3 = neutro, 4 = un poco de acuerdo , 5 =bastante de acuerdo y 6 = totalmente de acuerdo. Constituyen una variable cualitativa ordinal.
  
- ALTERACIÓN DEL SUEÑO: trastornos en los patrones del sueño. En nuestro trabajo lo hemos definido por las contestaciones a las siguientes respuestas del cuestionario de “Índice de Severidad del Insomnio”:
  - ¿Tiene dificultad para dormir ?
  - ¿ Tiene dificultad para mantenerse dormida ?

- ¿Tiene problema de despertarse muy pronto?
- Las opciones de respuesta son para las 3 son : 0 = nunca, 1 = leve, 2 = moderada, 3 = grave y 4 = muy grave. Se trató como una *variable cualitativa ordinal*.

#### **4.2.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se escogió la edad como variable para determinar la igualdad de ambos grupos, a su vez se descartaron aquellas pacientes con patología psicológica previa tanto en los casos como en los controles. El grupo control fue seleccionado entre las pacientes de la “consulta de obstetricia” por semejanza en cuanto a “ inquietudes de deseo genésico”, “entorno social y familiar” y “aspectos laborales y económicos” con respecto a las pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida

Las variables recogidas para analizar nuestros resultados han sido: el rol emocional, la salud mental, vitalidad, resiliencia y calidad del sueño. Se realiza un estudio descriptivo de las respuestas obtenidas en dichas variables y se comparan los datos agrupados mediante un análisis mediante el test estadístico de Chi cuadrado.

## **5. RESULTADOS**

Durante el período de tiempo de realización de nuestro estudio se obtuvieron encuestas de 20 pacientes casos y de 17 controles. De los primeros, 2 fueron excluidos por estar diagnosticadas de patología psicológica previamente y las 3 restantes entregaron la encuesta tras el plazo cerrado para la recogida de datos. En el caso de los controles solo 1 no fue incluida por patología psicológica asociada.

Finalmente se utilizaron los resultados de 15 pacientes incluidas en la consulta de la unidad de reproducción y otras 15 de la de obstetricia, para manejar así dos poblacionales con un mismo tamaño muestral.

El grupo de casos tenía una media de edad de 36 años y un rango de entre 33 y 40 años, mientras que los controles iban desde los 29 a los 39 años, con una media de 35 años.

### **5.1. ROL EMOCIONAL :**

#### **▪ HACER MENOS POR PROBLEMAS EMOCIONALES**

	<b><u>CASOS</u></b>	<b><u>CONTROLES</u></b>
<b>SI</b>	5 (33,3%)	2 (13,3%)
<b>NO</b>	10 (66,6%)	13 (86.6%)

Comparando los resultados obtenidos en ambos grupos mediante, no hemos observado diferencias estadísticamente significativas: el 33,3% de los casos consideraban que en las últimas semanas habían hecho menos de lo que les hubiera gustado por algún problema emocional, sin embargo el 66,6 % no relacionaban estar triste, deprimido o nervioso con una menor actividad. En el grupo control un 86.6% no habían hecho menos por problemas emocionales frente a 13.3% .

▪ **HACER CON MENOS CUIDADO**

	<b><u>CASOS</u></b>	<b><u>CONTROLES</u></b>
<b>SI</b>	4 (26,6%)	2 (28,57%)
<b>NO</b>	11 (73,3%)	12 (85.71%)

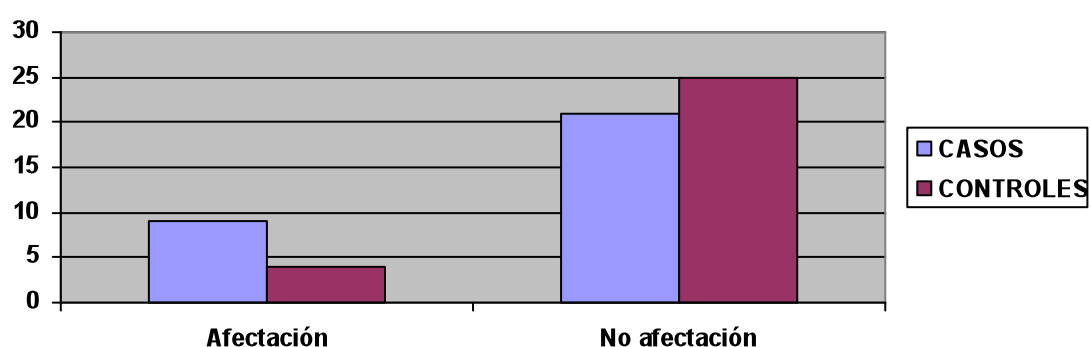
El 73,3% de los casos hicieron su trabajo tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional frente al 85,71% de los controles.

❖ **DATOS AGRUPADOS DE ROL EMOCIONAL**

Agrupando las dos variables antes citadas como entidades constituyentes del rol emocional, obtenemos los siguientes resultados:



	<u>AFECCIÓN</u>	<u>NO AFECCIÓN</u>	<u>TOTAL</u>
<b>CASOS</b>	<b>9 (30%)</b>	<b>21 (70%)</b>	<b>30</b>
<b>CONTROLES</b>	<b>4 (13.33%)</b>	<b>25 (83,33%)</b>	<b>29</b>
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>46</b>	<b>59</b>



#### AFECCIÓN DEL ROL EMOCIONAL

El 30% de las pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida refieren afectación del rol emocional frente al 13.33% de los controles. Sin embargo la mayoría de las pacientes estudiadas consideran que las emociones les afecten en su vida diaria, de tal forma que el 70 % de los casos y el 83.33%de los controles respondieron negativamente.

## 5.2 SALUD MENTAL:

### ▪ CALMADA

	<u>1.</u> <u>SIEMPRE</u>	<u>2.</u> <u>CASI</u> <u>SIEMPRE</u>	<u>3. MUCHAS</u> <u>VECES</u>	<u>4.</u> <u>ALGUNAS</u> <u>VECES</u>	<u>5.</u> <u>SOLO</u> <u>ALGUNA</u> <u>VEZ</u>	<u>6.</u> <u>NUNCA</u>
<b>CASOS</b>	1	5	5	4	0	0
<b>CONTROLES</b>	0	6	3	4	2	0

En el grupo de los casos, a la pregunta de si se sintieron calmadas y tranquilas el 73,3% respondieron que siempre, casi siempre o muchas veces, frente al 26,6% que tuvieron una respuesta negativa. El 60% de los controles respondieron positivamente, al contrario que el 40% que se sintieron así algunas veces, sólo alguna vez o nunca.

### ▪ TRISTE y DESANIMADA

	<u>1.SIEMPRE</u>	<u>2. CASI</u> <u>SIEMPRE</u>	<u>3.</u> <u>MUCHAS</u> <u>VECES</u>	<u>4.</u> <u>ALGUNAS</u> <u>VECES</u>	<u>5.SOLO</u> <u>ALGUNA</u> <u>VEZ</u>	<u>6. NUNCA</u>
<b>CASOS</b>	0	0	1	8	5	1
<b>CONTROLES</b>	0	1	1	3	6	4

Sólo uno de los pacientes del grupo de los casos (6,66%) presentó síntomas de tristeza muchas veces, mientras que los 14 restantes (93,3%) no se encontraban desanimados. De los controles, 13 (86,67%) no se encontraban tristes o sólo algunas veces, frente a 2 (13,3%) que lo estaban muchas veces o casi siempre.

▪ **PREOCUPADA**

	<b><u>0. MENOS DE 1 DÍA</u></b>	<b><u>1. DE 1 A 2 DÍAS</u></b>	<b><u>2. DE 3 A 4 DÍAS</u></b>	<b><u>3. TODOS LOS DÍAS</u></b>
<b>CASOS</b>	11	2	2	0
<b>CONTROLES</b>	8	1	2	3

En este caso vemos como 73,3% de los casos refieren estar preocupados sólo un día frente a un 53,3% de los controles. En cambio, ninguno de los pacientes del grupo de casos refiere estar preocupado todos los días, mientras que 3 pacientes (21,4%) del grupo sometido a técnicas de reproducción asistida refieren preocupación todos los días.

▪ **DEPRIMIDA**

	<u>0. MENOS DE 1 DÍA</u>	<u>1. DE 1 A 2 DÍAS</u>	<u>2. DE 3 A 4 DÍAS</u>	<u>3. TODOS LOS DÍAS</u>
<b>CASOS</b>	9	3	3	0
<b>CONTROLES</b>	8	5	0	1

De los 15 pacientes del grupo de pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida, 9 de ellas (60%) dijeron no sentirse deprimida (respondiendo menos de 1 día), 3 (20%) se sentían así de 1 a 2 días y el mismo número de pacientes referían el mismo síntoma de 3 a 4 días.

En el grupo de gestantes sólo 1 (7,14 %) se sentía deprimida todos los días, 5 (35,71%) de 1 a 2 días , 8 (57,14%) menos de 1 día y 1 paciente no contestó a esta pregunta.

En los casos, la media de días que las pacientes se sentían deprimidas era de 0,6 días, resultado similar a los controles que es de 0,53.

▪ **MIEDO**

	<u>0. MENOS DE 1 DÍA</u>	<u>1. DE 1 A 2 DÍAS</u>	<u>2. DE 3 A 4 DÍAS</u>	<u>3. TODOS LOS DÍAS</u>
<b>CASOS</b>	7	6	0	2
<b>CONTROLES</b>	4	5	3	3

En este caso vemos que la media de días, que los pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida, sienten miedo es de 0.8, mientras en las gestantes es de 1.3.

Si agrupamos los resultados en “menos de dos días” y “más de 2 días”, vemos que 13 pacientes de los casos lo padecen menos de 2 días frente a 9 del grupo de los controles. Así mismo, 2 pacientes de los sometidos a TRA refieren miedo más de 2 días mientras que en las gestantes lo sufren 6.

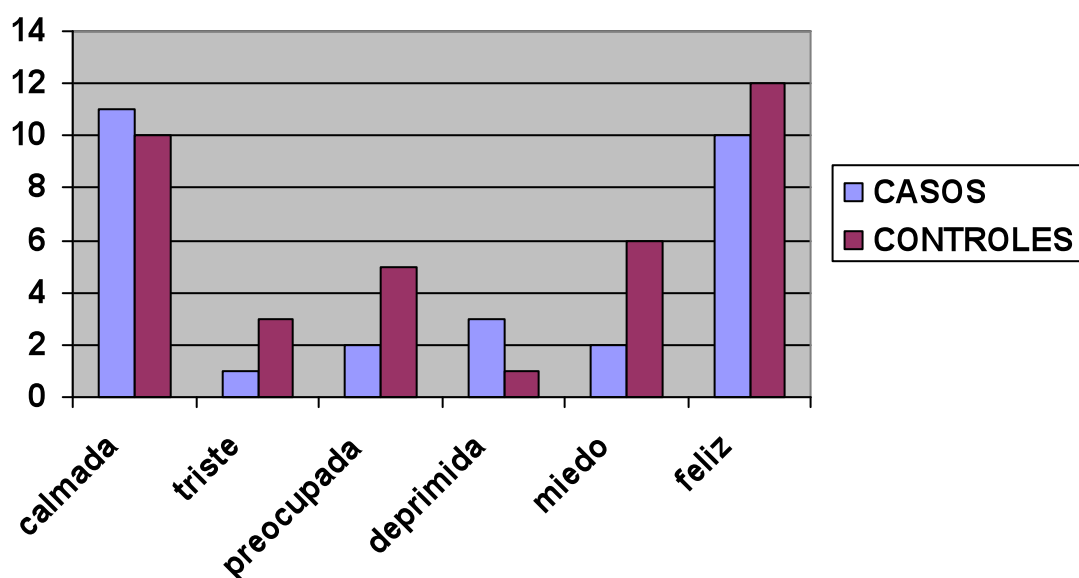
▪ **FELIZ**

	<b><u>0. MENOS DE 1 DÍA</u></b>	<b><u>1. DE 1 A 2 DÍAS</u></b>	<b><u>2. DE 3 A 4 DÍAS</u></b>	<b><u>3. TODOS LOS DÍAS</u></b>
<b>CASOS</b>	0	5	4	6
<b>CONTROLES</b>	2	1	2	10

El sentimiento de felicidad se presenta todos los días en 10 ( ) de las gestantes pertenecientes al grupo control y de 3 a 4 días en 2 de ellas, sólo 2 de las encuestadas se sienten así menos de 1 día.

En las sometidas a técnicas de reproducción sexual todas se encuentran felices más de 1 día, sin embargo sólo 6 lo están todos los días.

La media de días que están felices es de 4,5 mientras que en los controles es de 5,3.



❖ **DATOS AGRUPADOS DE LA SALUD MENTAL**

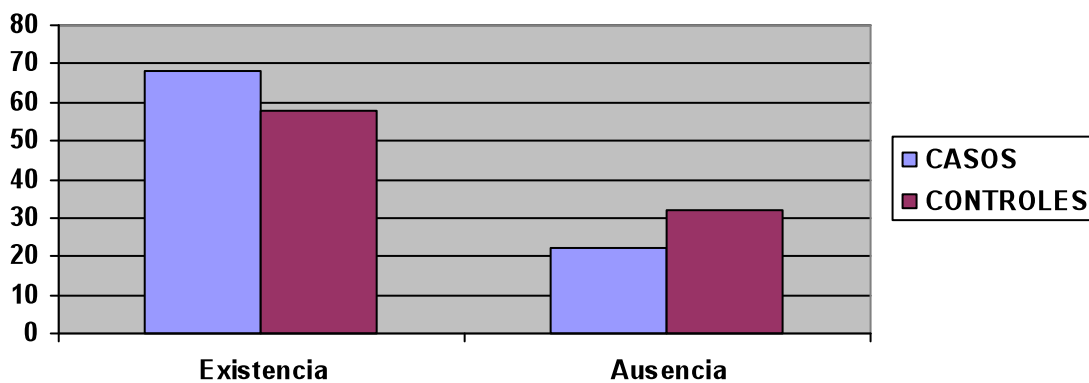
	Existencia	Ausencia	TOTAL
<b>CASOS</b>	<b>68 (75.55 %)</b>	<b>22 (24.44%)</b>	<b>90</b>
<b>CONTROLES</b>	<b>58 (64.44%)</b>	<b>32 (35.55%)</b>	<b>90</b>
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>54</b>	

Relacionamos las variables citadas previamente, en el conjunto de “Salud Mental” y tomamos como positivas la calma y la felicidad y como negativas el miedo, la depresión, la preocupación y el desánimo. Tras agrupar los resultados en variables dicotómicas, asumimos que la existencia del sentimiento se presenta en aquellos que responde “de 3 a 4 días” o de “todos los días” y la ausencia en los que contestaron “de 1 a 2 días” o “menos de 1 día”. Las variables positivas las contabilizamos como el

contrario del sentimiento, es decir, aquellas q responden que están calmadas o felices las tratamos como ausencia del sentimiento de preocupación y tristeza respectivamente.

De este modo, valorando todos los datos anteriores, definimos la existencia y ausencia de afectación a nivel de la salud mental.

En 68 de las respuestas dadas por el grupo de casos se observa afectación de la salud mental mientras que en 22 de ellas no. En el grupo control 58 de las respuestas muestran trastornos en la salud mental mientras que en 32 de ellas no existe. Por tanto, al comparar las dos poblaciones vemos que el resultado no es significativo ( $p= 0,104$ ).



ALECTACIÓN DE LA "SALUD MENTAL"

### 5.3 VITALIDAD

El parámetro de vitalidad lo medimos por medio de tres variables: la energía y "la capacidad de hacer múltiples cosas a la vez" como aspecto positivo y los "problemas para ponerse en marcha" como aspecto negativo.

	<u>1.SIEMPRE</u>	<u>2. CASI SIEMPRE</u>	<u>3. MUCHAS VECES</u>	<u>4. ALGUNAS VECES</u>	<u>5.SOLO ALGUNA VEZ</u>	<u>6. NUNCA</u>
<b>CASOS</b>	1	4	4	4	2	0
<b>CONTROLES</b>	0	1	31 - 2	7	4	1

▪ **ENERGIA**

Tomando como respuestas positivas a “siempre”, “casi siempre” y “muchas veces” y como negativas a “algunas veces”, “sólo alguna vea” y “nunca”, observamos que 9 de los casos (60%) consideran que en las últimas 4 semanas tuvieron mucha energía frente a 6 de los controles (40%).

Las gestantes muestran menos energía que las sometidas a técnicas de reproducción asistida.

▪ **PROBLEMAS PARA “PONERSE EN MARCHA”**

	<b><u>0. MENOS DE 1 DÍA</u></b>	<b><u>1. DE 1 A 2 DÍAS</u></b>	<b><u>2. DE 3 A 4 DÍAS</u></b>	<b><u>3. TODOS LOS DÍAS</u></b>
<b>CASOS</b>	13	1	1	0
<b>CONTROLES</b>	10	2	2	1

Sólo 1 de las pacientes de las sometidas a técnicas de reproducción sexual (6,67%) no podían ponerse en marcha , frente a 14 (93,3%) que no tenían problema en empezar a funcional. En las gestantes el 80% se ponían en funcionamiento sin dificultad mientras que el 20% de los controles mostraban dificultad para ponerse en marcha.

• **HACER COSAS**



A la afirmación de “Siento que puedo realizar muchas cosas al mismo tiempo” al agrupar los resultados en dos opciones únicas, siendo una de ellas “totalmente en desacuerdo-bastante en desacuerdo- un poco en desacuerdo” y la opuesta “ neutro-un poco de acuerdo-bastante de acuerdo-totalmente de acuerdo” obtuvimos exactamente los mismos resultados en las dos poblaciones. Así pues, el 80 % de las estudiadas contaban que podían ocuparse de muchas cosas al mismo tiempo, mientras que 20 % no se sentía así.

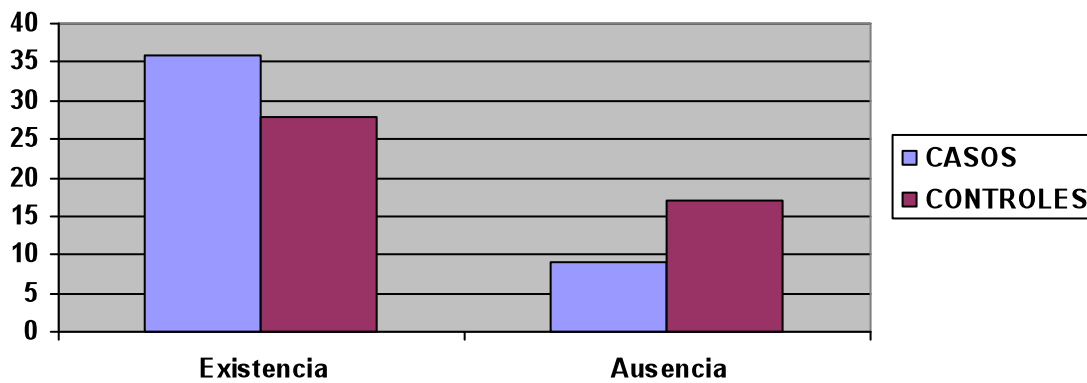
### ❖ **DATOS AGRUPADOS DE VITALIDAD**

Reunimos los datos anteriormente citados y los englobamos en el concepto de ausencia o existencia de vitalidad. Tendrán por tanto ausencia de vitalidad aquellos que respondieron de forma negativa a la variable “energía”, aquellos que asumieron tener problemas para “ponerse en marcha” y por último a aquellos que no sentían que pudieran ocuparse de muchas cosas a la vez.

Atendiendo a estas premisas, los resultados son los siguientes:

	<b><u>EXISTENCIA</u></b>	<b><u>AUSENCIA</u></b>	<b><u>TOTAL</u></b>
<b>CASOS</b>	<b>36</b>	<b>9</b>	<b>45</b>
<b>CONTROLES</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>45</b>

En el grupo de pacientes sometidas a TRA, 36 de sus respuestas (80%) son positivas para el aspecto de vitalidad frente a 28 (62,22%) del grupo control . Estas diferencias no son estadísticamente significativas dado que el valor de p (p:0.063) es mayor del establecido como significativo



AFECTACIÓN DE LA “ VITALIDAD ”

#### **5.4 CAPACIDAD DE ENFRENTARSE A PROBLEMAS (RESILIENCIA)**

Para valorar la resiliencia tomamos como variables a analizar la capacidad de “arreglarse de uno u otro modo”, “afrontar problemas”, “superación”, “confianza” y por último “encontrar soluciones”. Todas ellas tienen como opciones de respuesta las nombradas a continuación: “Totalmente en desacuerdo”, “bastante en desacuerdo”, “un poco en desacuerdo”, “neutro intermedio”, “un poco de acuerdo”, “bastante de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”. Para nuestro análisis hemos agrupado las respuestas en negativas y positivas, incluyendo la opción de neutra o intermedia dentro de las positivas.

Teniendo en cuenta estos conceptos, a continuación valoraremos la existencia o ausencia de cada uno de los factores resilientes, considerando como existencia en aquellos en los que las respuestas sean positivas y ausencia cuando éstas sean negativas.

##### **▪ ARREGLARSE**

El 93,33% de los controles respondieron positivamente a la afirmación de que “habitualmente se arreglaban de un modo u otro”, frente a un 6,66% de ellos que estaban totalmente en desacuerdo.

En el grupo de los casos eligieron las respuestas positivas un 86,66% mientras que el 13,33% estaban totalmente en desacuerdo.

#### ▪ **AFRONTAR**

A la afirmación de “habitualmente, me tomo las cosas como vienen” cabe destacar que las respuestas negativas “totalmente en desacuerdo” y “bastante en desacuerdo” no fueron elegidas por ninguno de los pacientes estudiados, tanto en el grupo de los casos como en el de los controles.

Si agrupamos las respuestas en negativas y positivas, entendiendo como negativas “totalmente en desacuerdo, bastante en desacuerdo y un poco en desacuerdo” y como positivas “neutro, un poco de acuerdo, bastante de acuerdo y totalmente de acuerdo”, obtenemos los siguientes resultados:

	<u>Negativas</u>	<u>Positivas</u>
<b>CASOS</b>	2	13
<b>CONTROLES</b>	2	13

En esta tabla se muestra que los resultados en ambos grupos, al agrupar las respuestas son exactamente iguales, tanto para los casos como para los controles.

#### ▪ **SUPERACIÓN**

En cuanto al aspecto de la superación, medido con las respuestas a “Puedo superar dificultades, porque he pasado por momentos difíciles” vemos que, ninguno de los pacientes del grupo de casos, ni de los controles eligieron las opciones negativas de

“totalmente en desacuerdo” y “bastante en desacuerdo”. Solamente el 6,67% de los controles eligió la respuesta “un poco en desacuerdo” frente a ninguno de los casos.

Al agrupar las respuestas y hacer de esta afirmación una variable dicotómica, cuyas opciones son “de acuerdo” versus “desacuerdo”, podemos reseñar que se observa una clara tendencia a las opciones positivas, de tal forma que el 100% de los casos respondieron estar de acuerdo con la afirmación, frente al 93.33% de los controles.

#### ▪ **CONFIANZA**

A la respuesta de “mi confianza en mí misma me permite superar dificultades” el 40% de los casos tuvieron una respuesta neutra o intermedia, frente a un 26,67% de los controles.

En este caso, las dos poblaciones presentaron respuestas agrupadas en positivas y negativas idénticas, estando el 93,33% de ambas poblaciones de acuerdo con la afirmación.

#### ▪ **BUSCAR SOLUCIÓN**

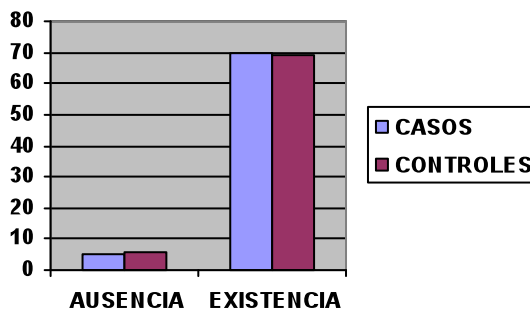
Es destacable que ninguno de los miembros de las dos poblaciones a estudio respondió “totalmente en desacuerdo”, ni “bastante en desacuerdo” a la afirmación “Cuando estoy en una situación difícil, habitualmente encuentro una solución”.

Al analizarlo como variable dicotómica se puede concluir que el 100% de los casos y el 93.33% de los controles están de acuerdo con ello.

Las dos poblaciones escogieron un nº similar de respuestas positivas en torno a esta afirmación por lo que no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las gestantes y las sometidas a técnicas de reproducción asistida.

## ❖ DATOS AGRUPADOS DE RESILIENCIA

Al agrupar los datos de las 5 variables antes mencionadas para valorar en conjunto la resiliencia de ambas poblaciones, tenemos en cuenta que dichas variables son todas ellas factores protectores de resiliencia. Por tanto, seleccionamos por un lado las respuestas positivas de dichas variables en el grupo control y en el de los casos y por otro lado las negativas, obteniendo los siguientes resultados:



	<u>AUSENCIA</u>	<u>EXISTENCIA</u>
<b>CASOS</b>	<b>5</b>	<b>70</b>
<b>CONTROLES</b>	<b>6</b>	<b>69</b>
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>139</b>

En el grupo de los casos 70 (93.33%) de las respuestas a los factores de resiliencia son positivas, frente a 5 (6.66%) que son negativas. En el grupo control 69 (92%) de ellas son positivas mientras que sólo 6 (8%) son negativas. Por tanto, se comprueba que en ambos grupos existen factores de resiliencia, siendo las diferencias entre estas poblaciones no significativas ( $p: 0.075$ ).

### 5.5 CALIDAD DEL SUEÑO

#### ▪ DIFICULTAD DORMIR

A la pregunta de si “en los últimos 7 días habían presentado dificultad para dormir”, si agrupamos los resultados en tener o no dificultad para dormir, considerando que aquellas que respondieron “nunca” o “leve”, no tienen dificultad, mientras que las que dijeron “moderada”, “grave” o “muy grave” si la tenían, obtenemos los siguientes resultados:

En los casos 13 de las pacientes refieren no tener dificultad frente a 4 en el grupo control. Un 73,3 % (11) de las gestantes contestaron que tenían dificultad para dormirse frente a 13,33% (2) de las sometidas a técnicas de reproducción.

▪ **DIFICULTAD MANTENERSE DORMIDA**

Al agrupar los datos ,como en el caso anterior, en existencia o no de dificultad para mantenerse dormida, vemos que sólo una paciente (6,67 %) del grupo de casos tiene dificultad frente a 9 (60%) del grupo control.

▪ **DESPERTARSE**

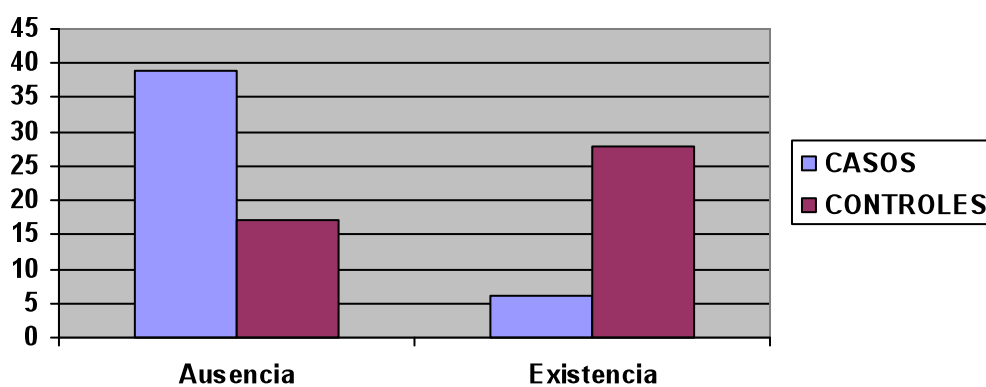
Si comparamos las dos poblaciones valorando la existencia o no de problemas en este ámbito del sueño, se puede observar que el 80% de aquellos pertenecientes al grupo de casos no presentaban problemas frente a un 46,6% en el grupo control.

❖ **DATOS AGRUPADOS DE CALIDAD DEL SUEÑO**

	<b><u>AUSENCIA</u></b> (nunca y leve )	<b><u>EXISTENCIA</u></b> (moderado, grave y muy grave)	<b>TOTAL</b>
<b>CASOS</b>	<b>39 (86.66%)</b>	<b>6 (13.33%)</b>	<b>45</b>
<b>CONTROLES</b>	<b>17 (37.77%)</b>	<b>28 (62.22%)</b>	<b>45</b>

<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>33</b>	<b>90</b>
--------------	-----------	-----------	-----------

Si tomamos como referencia de la calidad del sueño los 3 parámetros antes citados y valoramos las respuestas del grupo que hemos estudiado separándolas en positivas y negativas, podemos concluir que el 62,22% de las respuestas de los controles eran negativas, es decir, presentaban problemas moderados, graves o muy graves, mientras que en el grupo de los casos tan sólo mostraron estos trastornos en un 13,33% de las respuestas. Esta comparación es estadísticamente significativa con un p valor de 0,000.



AFECTACIÓN DEL SUEÑO

## **6. DISCUSIÓN**

En la actualidad la técnicas de reproducción asistida están adquiriendo un llamativo auge, debido entre otras muchas cuestiones al aumento de la patología en torno a la fertilidad de las parejas y al mayor éxito que las propias técnicas están alcanzando. Alrededor el 8% de las mujeres en edad de procrear tienen que someterse a tratamientos para conseguir un embarazo a lo largo de su vida. Como consecuencia, son muchas las investigaciones que giran en torno a la consecución de unos mejores resultados clínicos. Algunas de ellas se centran en la influencia de los aspectos psicológicos de la pareja sobre los resultados de dichas técnicas, por ello en nuestro estudio hemos querido valorar el impacto emocional que éstas tienen sobre la mujer así como el impacto que causan sobre la calidad de vida de la misma.

Para establecer el impacto emocional y en la calidad de vida hemos valorado por medio de una serie de escalas psicológicas numerosos aspectos, de entre los cuales, hemos querido reseñar los siguientes: rol emocional, salud mental,, vitalidad, resiliencia y el sueño.

En lo que respecta al rol emocional y a cómo los problemas emocionales juegan un papel importante en la vida diaria, los artículos existentes hacen escasas referencias a estos conceptos.<sup>(20)</sup> En nuestro estudio pretendíamos analizar las diferencias en este aspecto entre las pacientes que se sometían a técnicas de reproducción y las que no. Los resultados obtenidos muestran que existe una mayor afectación del rol emocional en aquellas pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida con un 30% de pacientes a las que les afecta, frente a un 13.33% de los controles. Sin embargo, las diferencias entre las dos poblaciones no son estadísticamente significativas.

Son muchos los artículos encontrados que demuestran la relación directa entre las técnicas de reproducción asistida y la tristeza, depresión, preocupación , felicidad,



miedo...<sup>(21,22,23,24)</sup> , por ello decidimos valorar estas variables en nuestro trabajo, por medio de las respuestas dadas a algunas de las preguntas de las escalas SF-12 y CESD-10. Posteriormente seleccionamos las más acordes con la dimensión de “salud mental” que eran la tranquilidad , desánimo , preocupación , depresión , miedo y felicidad y agrupamos todos los datos obtenidos englobados en el concepto de salud mental.

La afectación de los niveles de depresión y ansiedad se consideran tan frecuentes que incluso Saxon Drive, Alfred acuñó una nueva terminología asociada a los trastornos de fertilidad que es la “FSD” (fertility specific distress) o angustia específicamente asociada a la fertilidad.<sup>(25)</sup> En su estudio concluyó que “la angustia asociada específicamente a la fertilidad” se relaciona con las diferentes experiencias vividas, con mayor sensibilidad que la ansiedad en general. Por otro lado, Chiaffarino F. evalúa la prevalencia e incidencia de la depresión y ansiedad en parejas bajo técnicas de reproducción asistida en un departamento italiano de fertilidad.<sup>(23)</sup> Como conclusiones defiende que no debe de ser subestimado y que se debe de prestar una mayor atención en los aspectos psicológicos sobretudo en aquellas mujeres con una menor edad y en aquellas parejas cuya historia de infertilidad sea más larga o haya tenido tratamientos fallidos previamente.

En general, en nuestro estudio al valorar en conjunto la tranquilidad, tristeza, miedo, preocupación y felicidad vemos que la afectación es mayor en el grupo de las pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida, sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas.

Tanto los casos como los controles coinciden en que las dimensiones de la salud mental a las que dan una mayor puntuación, es decir, las que sienten con una mayor frecuencia son la felicidad y tranquilidad (ambos aspectos positivos).

La vitalidad es otro de los aspectos que hemos estudiado en nuestra investigación por medio de la valoración de la energía, de la capacidad de hacer muchas cosas a la vez y la falta de iniciativa para “ponerse en marcha”. Si los analizamos en conjuntos vemos que en un 80% de las respuestas dadas por las mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, existe un valor connotativo positivo, es decir, que ese

80 % hace referencia a una alta vitalidad. A pesar de ello, también aparece un resultado similar en los casos, ya que el % de sus respuestas indicaban una alta vitalidad.

Sólo en el caso de la percepción que poseen ellas mismas sobre la energía que tienen se obtuvieron datos estadísticamente significativos ( $p: 0.025$ ). Así pues, el 60% de los casos consideraban que tenían energía “algunas veces”, “sólo alguna vez” o “nunca”, mientras que en el grupo control el 60% consideraban que tenían energía “muchas veces”, “casi siempre” o “siempre”. Estos resultados son contrarios a los que cabía esperar y parecen contradecirse con la mayoría de los artículos publicados sobre estos temas. Sin embargo, si analizamos profundamente estos resultados en el contexto de las 2 poblaciones elegidas, debemos de tener en cuenta los aspectos fisiológicos y psicológicos que rodean a la embarazo. De este modo, valorar que una de las respuestas fisiológicas del embarazo es el aumento de la astenia y por tanto la disminución de la energía. De aquí puede deducirse que la población control para esta variable puede verse influenciada por la propia gestación.

A pesar de la importancia dada a los factores de protección resilientes, por ser considerados indudables marcadores de la calidad de vida, en lo referente a las técnicas de reproducción asistida, son muy pocos los estudios encontrados.

Herrmann D et al.<sup>(6)</sup> estudiaron la resiliencia en parejas con alteración de la fertilidad como factor protector contra la ansiedad específica de la infertilidad y sobre la calidad de vida. Entre los resultados que observaron, vieron que la edad, el diagnóstico de la patología asociada y la “intensidad del deseo de tener un hijo” no estaba relacionado con la calidad de vida. Pero una baja satisfacción con el físico y con otros aspectos psicológicos hacen que el sufrimiento por la carencia de paternidad se vea aumentando, sobre todo en la mujer. Demostraron que una alta resiliencia estaba asociada con altos niveles de calidad de vida tanto para la mujer como para su pareja. En nuestro caso, no hemos obtenido diferencias significativas entre el grupo de los casos y el de los controles, ya que tanto en unos como en otros aparece un alto porcentaje (92% para los controles frente al 93% para los casos) de respuestas que afirman la existencia de factores protectores de la resiliencia.

Los trastornos en relación con el sueño es el único parámetro, de los que evaluados globalmente por medio de varias variables relacionadas, nos da un resultado con diferencias estadísticamente significativas, aunque no las que esperábamos.

De este modo, vemos que la afectación en el sueño es mayor en el grupo de los controles que en el de los casos. Así pues, vemos como un 62.2% de las gestantes presentan alteración en el sueño con una intensidad de moderada, grave o muy grave, frente al 86.66% de las pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida que no presentan esos trastornos nunca o si los tienen son leves. Estos datos son contrarios a los publicados previamente en los que se afirman que la calidad del sueño, valorado como un parámetro indicador de la calidad de vida, se ve disminuida en pacientes sometidas a TRA. Probablemente en nuestro estudio sea mayor la afectación de los controles porque se trata de embarazadas que ya de por sí tienen un trastorno del sueño, que al inicio del embarazo se traduce en un aumento de la somnolencia frente a lo que sucede al final del embarazo en el que las gestante presenta una importante dificultad para dormir.

La heterogeneidad de las parejas analizadas, en lo que concierne a diferentes diagnósticos, tratamientos, entornos sociales y culturales puede ser una de las causas de las limitaciones a tener en cuenta para la interpretación de este estudio.

De cara a nuevos estudios, cabría tener en cuenta el momento de la técnica de reproducción en el que nos encontremos, es decir, se está realizando en ese momento los tratamientos o bien, ya fueron sometidos al tratamiento previamente. Por otro lado, sería interesante también tomar otro grupo poblacional adicional como por ejemplo parejas infértiles candidatas a la adopción, ya que éstas, a priori, compartirían similares frustraciones que las sometidas a técnicas de reproducción asistida. Otro de los aspectos que se están valorando recientemente es el análisis de todas estas variables en la pareja, no exclusivamente en la mujer.<sup>(26,27)</sup>

Por último considero que sería útil correlacionar todos estos resultados de los aspectos psicológicos con los resultados de las técnicas de reproducción asistida, para valorar la relación bidireccional de causa - efecto, es decir, para determinar como las alteraciones psicológicas interfieren en los resultados reproductivos.

## **7. CONCLUSIONES**

1. No existe una mayor afectación de la calidad de vida, entendida como ausencia de variables positivas de salud mental y disminución de la vitalidad, como consecuencia de las técnicas de reproducción asistida.
2. El grupo de pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida presenta una mayor afectación en sus actividades cotidianas por la existencia de problemas emocionales que el grupo de los controles, sin embargo no hemos podido demostrar diferencias estadísticamente significativas.
3. Tanto la población gestante como la que tiene trastornos de fertilidad se consideran con altos factores protectores de resiliencia, por tanto, con una importante capacidad para afrontar los problemas.
4. Los trastornos del sueño se presentan con mayor frecuencia en la población gestante que en la población sometida a técnicas de reproducción asistida.

## 7. ANEXO 1

### ÍNDICE DE SEVERIDAD DE INSOMNIO:

Por favor, señale cada una de las siguientes preguntas, rodeando con un círculo, la que mejor describe las características de su sueño durante los **últimos 7 días**.

¿Tiene dificultad para dormir?	<i>Nunca</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Grave/ severo</i>	<i>Muy grave/ muy severo</i>
¿Tiene dificultad para mantenerse dormida?	<i>Nunca</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Grave/ severo</i>	<i>Muy grave/ muy severo</i>
¿Tiene problema de despertarse muy pronto?	<i>Nunca</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Grave/ severo</i>	<i>Muy grave/ muy severo</i>
¿Cómo de satisfecha o insatisfecha está con su sueño y dormir actual?	<i>Nunca</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Grave/ severo</i>	<i>Muy grave/ muy severo</i>
¿Cuánto interfieren sus problemas de sueño con su vida diaria (fatiga de día, altera el trabajo, pierde memoria, humor, no se puede concentrar, etc)?	<i>Nunca</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Grave/ severo</i>	<i>Muy grave/ muy severo</i>
¿Cuánto afecta la percepción que tienen los demás sobre las consecuencias de sus trastornos del sueño?	<i>Nunca</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Grave/ severo</i>	<i>Muy grave/ muy severo</i>
¿Cuánto le preocupa/altera sus problemas de sueño?	<i>Nunca</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Grave/ severo</i>	<i>Muy grave/ muy severo</i>

## ANEXO 2

**Durante la última semana (Marque con un correspondiente a la opción elegida):**

<b>CESD-10</b>	Menos de un día	1 a 2 días	3 a 4 días	Todos los días
1. Me sentía preocupada por cosas que por lo general no me preocupan				
2. Tenía problemas para mantener mi mente en lo que estaba haciendo				
3. Me sentía deprimida				
4. Sentía que todo lo que hacía era un gran esfuerzo (todo me costaba un esfuerzo)				
5. Me sentía llena de esperanza en el futuro				
6. Sentía miedo				
7. Mi sueño era inquieto (no dormía bien)				
8. Estaba feliz (disfrutaba de la vida)				
9. Me sentía sola				
10. Yo no podía ponerme en marcha ( no podía empezar a funcionar)				

<b>10 Resiliencia-RS14</b>	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutro intermedio	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Habitualmente me arreglo de un modo u otro							
2. Estoy orgullosa de haber conseguido cosas en mi vida							
3. Habitualmente, me tomo las cosas como vienen							
4. Soy amiga/o de mí misma							
5. Siento que puedo realizar/ocuparme muchas cosas al mismo tiempo							
6. Soy determinada o decidida							
7. Puedo superar dificultades, porque he pasado por momentos difíciles							
8. Soy disciplinada/o							
9. Mantengo interés en las cosas							
10. Habitualmente, puedo encontrar algo de que reírme							
11. Mi confianza en mí misma me permite superar dificultades							
12. En caso de urgencia, la gente puede contar conmigo							
13. Mi vida tiene sentido							
14. Cuando estoy en una situación difícil, habitualmente encuentro una solución							

## ANEXO 3

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	<b>Sí, me limita mucho</b>	<b>Sí, Me limita un poco</b>	<b>No, no me limita nada</b>
2. <b>Esfuerzos moderados</b> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir <b>varios</b> pisos por la escalera			

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	<b>1</b>	<b>2</b>
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
4. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | 1                        | 2                        |                          |                          |                          |
|   | <b>SÍ</b>                | <b>NO</b>                |                          |                          |                          |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
| 6. ¿ <b>Hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer, <b>por algún problema emocional</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
| 7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan <b>cuidadosamente</b> como de costumbre, <b>por algún problema emocional</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |
| 8. Durante <u>las 4 últimas semanas</u> , ¿hasta qué punto <u>el dolor</u> le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Nada                     | Un poco                  | Regular                  | Bastante                 | Mucho                    |
|   | <b>1</b>                 | <b>2</b>                 | <b>3</b>                 | <b>4</b>                 | <b>5</b>                 |

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | <b>1</b>                 | <b>2</b>                 | <b>3</b>                 | <b>4</b>                 | <b>5</b>                 | <b>6</b>                 |
|  | <b>Siempre</b>           | Casi siempre             | Muchas veces             | Algunas veces            | Sólo alguna vez          | Nunca                    |
| 9. se sintió calmada y tranquila?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. tuvo mucha energía?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. se sintió desanimada y triste?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Durante <u>las 4 últimas semanas</u> , ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>1</b>                 | <b>2</b>                 | <b>3</b>                 | <b>4</b>                 | <b>5</b>                 |                          |
|  | <b>Siempre</b>           | Casi siempre             | Algunas veces            | Sólo alguna vez          | Nunca                    |                          |



## 8. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Matthiesen S, Klonoff-Cohen H, Zachariae R, Jensen-Johansen MB, et al. The effect of an expressive writing intervention (EWI) on stress in infértiles copules undergoing assisted reproductive technology (ART) treatmet: a randomized controlled pilot study. *British Journal of Health Psycology*. 2012; 17 (2): 362-78.
- 2.- Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproduction technique clinic. *Hum. Reprod.* 2004;9,2323-8.
- 3.- Antequera R, Moreno-Rosset C. Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*; 2008; Vol. 29 (2). 167-75
- 4.- Guerra D, Tirado M. Intervención psicológica en Medicina de la reproducción Asistida. En guías de Evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida. 2007. Grupo de Interés de Psicología de la SEF. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*.
- 5.- Dolz P, Gil M. Historia de la infertilidad. Aspectos psicosociales. En Guías de Evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida (2ª parte) 2009. Grupo de Interés de Psicología de la SEF. *Revista Iberoamerican de Fertilidad y Reproducción Humana*. Vol 26-Sup 1.
- 6.- Herrmann D, Scherg H, Verres R, Von Hagens C, Strowitzki T, Wischmann T. Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility specific distress and impaired quality of life. *J assist Reprod Genet*. 2011; 28 (11); 1111-7.
- 7.- Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaijmaat FW, Braat DD. Women´s emocional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum. Reprod*. 2007; 13 (1): 27-36.
- 8.- Lintsen AM, Verhaak CM, Eijkmans MJ, Smeenk JM, Braat DD. Anxiety and depresión have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Hum. Reprod*. 2009; 24 (5): 1092-8.
- 9.- Ebbesen SM, Zachariae R, Mehlsen MY, Thomsen D, Hojgaard A, Ottosen L, Petersen T, Ingerslev HJ. Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study. *Hum. Reprod*. 2009; 24 (9): 2173-82.
- 10.- Moura-Ramos M, Gameiro S, Canavarro MC, Soares I. Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Hum. Reprod*. 2012; 27 (2): 496-505.
- 11.- Domar AD, Brome A, et al. The prevalence and predictability o depression in infertile women. *Fertil Steril*. 1992;58:1158-63.

- 12.-Domar AD, Zuttermeister PC, et al. The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Psychosom Obstet Gyneacol.* 1993;14:45-52.
- 14.- Hammer Burns L, Covington S, et al. Infertility counselling. A comprehensive handbook for clinicians. *Partenón Publishing*, 2000.
- 15.- Andrews FM, Abbey A, et al. Stress from infertility, marriage factors and subjective well-being of wives and husband. *J Health Soc Behav.* 1991;32:238-53.
- 16.- Boivin J, Takefman J, et al. Reactions of infertility based on extent of treatment failure. *Fétil Steril.* 1995;63:801-7.
- 17.-Carte D, Misri S, et al. Psychologic aspects of early pregnancy loss. *Clin Obstet Gynecolo.* 2007;50(1):154-65
- 18.- Leal-Herrero F. Psychopathology of miscarriages and psychic disorders following fertility treatments. *Cuad Bioet.* 2009;20(70):393-403.
- 19.-Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21(2): 229-47.
- 20.- Pinto Gouveia J, Galhardo A, Cunha M, Matos M. Protective emotional regulation processes towards adjustment in infertile patients. *Hum Fertil.* 2012; 15 (1): 27-34.
- 21.-Gouronti K, Anagnostopoulos F, Vaslamatzis G. The relation of psychological stress to pregnancy outcome among women undergoing in-vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Woman and Health.* 2011; 51 (4): 321-339.
- 22.-Greil A, Shreffler K, Schmidt L, Maquillan J. Variation in distress among women with infertility: evidence from a population-based sample. *Hum. Reprod.* 2011; 26 (8): 2101-2112.
- 23.- Chiaffarino F, Baldini M, Scarduelli C et al. Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2011; 158 (2): 235-241.
- 24.- Galhardo A, Pinto-gouveia J, Cunha M, Matos M. The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Hum Reprod.* 2011; 26 (9): 2408-14.
- 25.- Greil A, Maquillan J, Lowry M, Shreffler K. Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine.* 2011; 73(1): 87-94.

26.- Kondaveeti N, Hamilton J, Maher B, Kirkham C, Harrison RF, Mocanu EV. Psychosocial trends in couples prior to commencement of in Vitro fertilisation (IVF) treatment. *Hum Fertil.* 2011; 14 (4): 218-23.

27.- Hall E, Burt VK. Male fertility: psychiatric considerations. *Fertil Steril.* 2012; 97 (2): 43