

Evaluación de los procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida: impacto de la Fecundación in vitro

Evaluation of emotional processes in patients subjected to assisted reproduction techniques: impact of in vitro fertilization

García Jiménez R^{1,2}, Valero Arroyo I², Gómez Manzorro MD^{1,3}, Casla Martín A^{1,3}, Tirado Carrillo MP^{1,3}, Mantrana Bermejo E^{1,3}.

¹UGC Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla)

²Médico Interno Residente en Obstetricia y Ginecología

³Facultativo Especialista en Área de Obstetricia y Ginecología

RESUMEN

Introducción Los efectos de las técnicas de reproducción asistida, y en concreto de la fecundación *in vitro* (FIV), han sido ampliamente estudiados en los últimos tiempos dado el importante incremento de su demanda. Existe amplia evidencia del impacto emocional que esta técnica puede ejercer sobre la pareja, sin embargo, poco se sabe del cómo puede influir esta indicación, y de cuál fue su afrontamiento durante el tiempo transcurrido hasta su realización. Además, las posibilidades etiológicas de la FIV pueden responsabilizar al hombre o la mujer, o a ambos, y este hecho podría tener diferentes implicaciones emocionales en la pareja.

Material y métodos Hemos utilizado un diseño relacional, univariable, multicondicional y transversal, en el que la muestra fue seleccionada por conveniencia. Se recogieron datos de un total de 197 pacientes: 40 pacientes fértiles, 60 que acuden por primera vez a una consulta de reproducción para ser estudiados, 36 con indicación primaria de FIV, 21 con indicación secundaria de FIV tras fracaso de inseminación artificial (IA), y 40 al inicio del tratamiento de FIV tras un tiempo de espera de unos 2 años. Se realizaron entrevista a los participantes y se utilizaron cuatro test psicológicos (LSB-50, EAR, EAD13, CAE) para

Aceptado: Junio de 2019

Correspondencia: rociogarji@gmail.com

SOLICITUD REIMPRESIÓN: Email: editorialmedica@editorialmedica.com

la evaluación de las variables diana: síntomas psicológicos y psicosomáticos, autoestima, ajuste de pareja y estilos de afrontamiento del estrés.

Resultados Se compararon las puntuaciones medias de los test de todos los grupos mediante las pruebas estadísticas pertinentes. Se observaron diferencias significativas ($p < 0,05$) en multitud de comparaciones.

Discusión y conclusiones Se observa una asociación entre el proceso de FIV y la aparición de síntomas como la depresión, hipersensibilidad y hostilidad, así como la utilización de mecanismos de afrontamiento basados en la evitación y, especialmente en mujeres, la religión, y una menor búsqueda de apoyo social, especialmente en los hombres. Las parejas con patología determinante de esterilidad mostraron una menor búsqueda de apoyo social en los hombres, así como con manejos centrados en la religión y aumento de la ansiedad en mujeres. Las observaciones realizadas remarcan la importancia de estudiar más a fondo estas alteraciones, ampliando el estudio a otras pacientes de FIV, y llevando a cabo un seguimiento de los pacientes a lo largo de las diferentes etapas.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2019; 36; © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana)

Palabras clave: Esterilidad, Reproducción Asistida, Fecundación in vitro, Test Psicológico, Impacto emocional.

SUMMARY

Introduction The impact of assisted reproduction treatments (ART) has been thoroughly researched, especially regarding in vitro fertilization (IVF), due to the increased demand. There are numerous evidences of the emotional impact that this kind of treatment can have on couples. However, little is known about how the different indications may have some influence, and how did they cope during the wait for the treatment. Moreover, the determining factor of infertility might involve one or both partners, which may result in a deeper impact in terms of gender.

Materials and methods This is a relational, univariable, cross-sectional study, with a convenience sampling. Total sample size was 197 subjects divided in five groups: 40 fertile subjects, 60 infertile subjects that are yet to be diagnosed in an assisted reproduction unit, 36 subjects that are referred to receive IVF treatment without having received any kind of treatment, 21 subjects that are referred to receive IVF treatment after going through artificial insemination process, and lastly 40 subjects about to begin IVF treatment after an approximated 2-year-long waiting list. All subjects were interviewed and answered four tests (LSB-50, EAR, EAD13, CAE) to evaluate the following items: psychological and psychosomatic symptoms, self-esteem, quality of relationships and coping styles.

Results We compared the main scores for all the groups with the appropriate statistical tests. Numerous comparisons showed statistical significance ($p < 0.05$).

Discussion and conclusions We observed an association of the IVF process with the appearance of symptoms such as depression, hypersensitivity and hostility, as well as avoidance and religious coping, especially in women, and less social support seeking, especially in men. Couples with a known cause of infertility shown less social support seeking in men, as well as religious coping and higher levels of anxiety in women. The observations made stress the need for further research on this topic, extending to other kind of patients, as well as following the subjects along the different stages of the process.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2019; 36; © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana)

Key words: Sterility, Assisted reproduction, In vitro fertilization, Psychological test, Emotional impact

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define clínicamente la esterilidad como “la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas”(1). Se trata de un problema de frecuencia creciente en nuestra sociedad debido a diversos factores, destacando el retraso de la edad reproductiva y la

necesidad de estabilidad, tanto relacional como económica, de la pareja antes de tener descendencia. Ello implica un retraso de la maternidad, siendo la edad de los progenitores uno de los factores que más afectan a la concepción, observándose una disminución de la capacidad reproductora en las mujeres a partir de los 40 años (2).

El incremento de demanda por esta condición de esterilidad ha potenciado un auge de las técnicas de reproducción asis-

tida, necesarias para suplir ese deseo genésico incumplido. Sin embargo, esto no significa que se trate de un proceso sencillo e inocuo, ya que múltiples publicaciones han demostrado el sufrimiento emocional que tiene sobre las parejas estériles el tratamiento médico mediante técnicas de reproducción asistida (TRA).

Con el fin de mejorar la vivencia de las parejas en procesos de terapia de reproducción asistida, resulta esencial conocer las condiciones de dicha población y las razones que podrían conducir a una mala adaptación (3). Existe evidencia empírica más que suficiente para afirmar que la población estéril en su conjunto sufre unos procesos emocionales y psicológicos (4, 5) lo suficientemente relevantes, los cuales merecen especial atención para mejorar la calidad en la atención al paciente, integrándose la salud mental y médica por parte de un equipo multidisciplinar. La terapia de reproducción asistida implica el paso por diversas etapas y diferentes tratamientos según la naturaleza de la patología subyacente, en el caso de que la hubiese, que determina diferentes tiempos de espera, entre otros aspectos. Por ello, en esta línea de investigación se pretende analizar la población estéril en mayor profundidad, en relación con los procesos emocionales que manifiestan.

De esta forma se derivan los objetivos de nuestro estudio.

- **Objetivo 1:** Conocer el impacto psicológico y emocional de la indicación de tratamiento de FIV en sus diferentes etapas: a) Inicial, por indicación primaria ante el factor causal diagnosticado, o por indicación secundaria tras el fallo de la Inseminación Artificial (IA); b) final, cuando se va a iniciar el tratamiento de FIV.

- **Objetivo 2:** Conocer el impacto psicológico y emocional derivado del conocimiento del factor responsable de FIV en función del género.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos utilizado un diseño relacional, univariable, multicondicional y transversal. La asignación de los sujetos a los distintos grupos fue por el método de conveniencia. La muestra total se compuso de 197 pacientes divididos en 5 grupos:

- **Grupo 0:** parejas heterosexuales en las que la mujer está embarazada y sin patología obstétrica detectada hasta el momento, que acuden para control ecográfico en la semana 20 de gestación. (40 sujetos: 20 hombres, 20 mujeres).
- **Grupo 1:** Parejas heterosexuales que, sin haber sido sometidos previamente a ningún tipo de estudio de fertilidad, acuden por primera vez a la Unidad de Reproducción por esterilidad primaria o secundaria,

siendo ésta definida por la ausencia de embarazo tras un periodo de, al menos, un año de deseo genésico. (60 sujetos: 30 hombres, 30 mujeres).

- **Grupo 2:** Parejas heterosexuales cuyo diagnóstico etiológico de esterilidad implica abordaje terapéutico inicial con una técnica de reproducción asistida avanzada de Fecundación in vitro (FIV) y son incluidas en lista de espera. (36 sujetos: 18 hombres, 18 mujeres).
- **Grupo 3:** Parejas heterosexuales que, tras completar un tratamiento fallido de IA, son incluidas en lista de espera para realización de técnicas de reproducción asistida avanzada como FIV. (21 sujetos: 10 hombres, 11 mujeres).
- **Grupo 4:** Parejas heterosexuales que van a iniciar el tratamiento de reproducción asistida mediante FIV, tras haber completado un periodo de unos dos años aproximadamente en lista de espera. (40 sujetos: 20 hombres, 20 mujeres).

Los pacientes que, tras ser informados, accedieron a participar el estudio, fueron entrevistados, previa firma del consentimiento informado, y contestaron una batería de 4 test para la evaluación de las variables diana.

- **Test 1: Listado de Síntomas Breve (LSB-50)** (6). Instrumento de evaluación psicopatológica utilizado para el despistaje y valoración de síntomas psicológicos y psicósomáticos en personas adultas. Para el presente estudio se utilizaron las escalas clínicas: psicorreactividad (Pr), hipersensibilidad (Hp), obsesión-compulsión (Ob), ansiedad (An), hostilidad (Hs), somatización (Sm), depresión (de), alteraciones del sueño (Su) y alteraciones del sueño ampliada (Su-a).
- **Test 2: Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)** (79). Escala profesional que evalúa la autoestima general del individuo. Una puntuación inferior a 25 puntos es signo de la existencia de problemas significativos con autoestima baja.
- **Test 3: Escala de ajuste diádico de pareja (EAD13)** (8). Evalúa tres escalas de la calidad y ajuste de las relaciones de pareja: consenso; cohesión; satisfacción. Una puntuación inferior a 44 puntos implicaría la existencia de problemas en la relación de pareja.
- **Test 4: Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)** (9). Evalúa siete estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema (FSP), autofocalización negativa (AFN), reevaluación positiva (REP), expresión emocional abierta (EEA), evitación (EVT), búsqueda de apoyo social (BAS) y religión (RLG).

RESULTADOS

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 20.0 para Windows.

Realizamos un estudio de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Posteriormente, recurrimos al análisis de la varianza (ANOVA) con análisis *post hoc* incluyendo corrección de Bonferroni y T de Tamhane, para las variables paramétricas; para las variables no paramétricas utilizamos la prueba de Kruskal-Wallis, con análisis *post hoc* mediante U de Mann-Whitney.

En primer lugar, comparamos a todos los sujetos de cada grupo, incluyendo a hombres y mujeres. Este análisis reveló diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables Hipersensibilidad, Hostilidad, Depresión, Evitación y Búsqueda de apoyo social (Tabla 1).

A continuación, seleccionamos únicamente a los hombres de la muestra. En este caso, sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas para la variable Búsqueda de apoyo social (Tabla 2). Del mismo modo, al analizar sólo a las mujeres de la muestra, encontramos diferencias significativas para la variable Religión (Tabla 3).

Por último, estudiamos el efecto del factor esterilidad según el género. Para ello, se seleccionaron los sujetos correspondientes a los grupos 2, 3 y 4, y se redistribuyeron en cuatro nuevos grupos atendiendo al factor de esterilidad: 34 sujetos con factor masculino (17 hombres, 17 mujeres); 29 sujetos con factor femenino (14 hombres, 15 mujeres); 14 sujetos con factor mixto (7 hombres, 7 mujeres); 20 sujetos con factor de origen desconocido (10 hombres, 10 mujeres); componiendo una muestra total de 97 sujetos.

Pasamos a comparar a los hombres y mujeres de cada

TABLA 1						
	GRUPO 0	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	p valor
Ob	1.12(0.61)	1.15 (0.65)	1.33 (0.71)	1.4 (0.73)	1.24 (0.65)	$p=0,524$
Autoestima	33.6 (3)	32.27 (0.84)	31.83 (4.53)	32.1 (4.34)	31.65 (4.33)	$p=0,199$
FSP	13.3 (4.42)	15.15 (4.39)	15.17 (4.46)	14.85 (4.2)	13.9 (5.25)	$p=0,216$
EVT	9.8 (4.92)	10 (3.4)a	10.03 (3.34)	11.75 (5.1)	12.71 (3.79)	$p=0,017$
Ps	0.79 (0.5)	0.92 (0.57)	1.04 (0,67)	1.12 (0,67)	0.99 (0.61)	$p=0.153$
Hp	0.44 (0,46)ab	0.51 (0.51)cd	0.75 (0.77)	0.87 (0.71)ac	0.69 (0.53)bd	$p=0.009$
An	0.47 (0.4)	0.54 (0.52)	0.7 (0.67)	0.7 (0.52)	0.65 (0.44)	$p=0,1$
Hs	0.62 (0.5)a	0.54 (0.46)bcd	0.82 (0.6)b	1.12 (0.72)acc	0.7 (0.55)dc	$p=0.001$
So	0.8 (0.51)	0.84 (0.68)	0.91 (0.68)	0.99 (0.71)	0.89 (0.46)	$p=0.511$
De	0.56 (0.44)ab	0.71 (0.56)c	1.01 (0.86)a	1.23 (0.83)c	0.85 (0.59)b	$p=0.005$
Alt Su	0.42 (1.11)	1.17 (1.06)	1.47 (1.28)	1.42 (1.2)	1.51 (1.15)	$p=0.443$
Alt Su-a	0.9 (0.68)	0.9 (0.68)	1.2 (0.94)	1.28 (0.91)	1.10 (0.67)	$p=0.195$
Satisfacción	20.65 (2.02)	20.93 (1.73)	20.14 (2.51)	20.15 (2.21)	19.82 (2.45)	$p=0,315$
Consenso	20.47 (3.05)	19.47 (4.67)	19.97 (2.85)	19.15 (3.76)	19.3 (3.32)	$p=0.69$
Cohesión	10.38 (2.6)	10.65 (2.21)	10.64 (3.26)	10.35 (3.08)	10.35 (2.54)	$p=0,985$
EAD13 Total	51.5 (5.34)	51.05 (5.67)	49.67 (8.15)	49.65 (8.16)	49.45 (6.54)	$p=0.74$
APN	6.4 (3.23)	7.22 (4.04)	7.31 (3.66)	8.4 (3.69)	7.53 (3.4)	$p=0,446$
REP	14.22 (4.75)	14.25 (3.63)	13.94 (4.43)	14.25 (3.63)	13.78 (4.23)	$p=0.992$
EEA	7.23 (3.68)	6.6 (2.79)	6.72 (2.94)	7.25 (2.85)	7.33 (4.46)	$p=0.881$
BAS	10.25 (5.15)a	11.88 (6.07)bc	9.08 (5.7)b	7.4 (4.83)acD	11.68 (6.0)d	$p=0.016$
RLG	4.1 (3.38)	2.2 (3.75)	3.61 (4.94)	3.65 (5.04)	3.83 (4.81)	$p=0.41$

Nota: Los resultados se expresan en medias y desviaciones típicas o medias y rango intercuartílico. Los valores marcados con la misma letra son significativamente diferentes entre sí.

TABLA 2						
	GRUPO 0	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	p valor
Ob	1.15 (0.7)	1.11 (0.58)	1.19 (0.59)	1.31 (0.56)	1.14 (0.64)	$p=0.379$
Autoestima	33.35 (3.36)	32.9 (3)	32.33 (4.75)	31.1 (4.86)	32.15 (4.03)	$p=0.881$
FSP	13.7 (4.16)	15.4 (4.67)	16.22 (3.56)	13.7 (5.06)	12.8 (4.5)	$p=0.256$
EVT	8.45 (4.65)	8.73 (3.63)	9.83 (3.05)	10.9 (5.2)	11.25 (3.99)	$p=0.223$
Ps	0.82 (0.57)	0.77 (4.39)	0.85 (0.549)	1.04 (0.53)	0.96 (0.73)	$p=0.231$
Hp	0.44 (0.49)	0.42 (0.44)	0.52 (0.7)	0.76 (0.59)	0.66 (0.57)	$p=0.408$
An	0.46 (0.48)	0.4 (0.36)	0.52 (0.64)	0.57 (0.35)	0.57 (0.42)	$p=0.346$
Hs	0.54 (0.37)	0.5 (0.47)a	0.7 (0.54)	1.12 (0.69)	0.74 (0.68)	$p=0.071$
So	0.65 (0.51)	0.63 (0.49)	0.68 (0.4)	0.85 (0.69)	0.85 (0.52)	$p=0.468$
De	0.46 (0.44)	0.49 (0.39)	0.73 (0.8)	1.11 (0.74)	0.79 (0.65)	$p=0.551$
Alt Su	1.08 (0.96)	1.19 (1.05)	1.37 (1.4)	1.67 (0.91)	1.27 (0.92)	$p=0.74$
Alt Su-a	0.75 (0.6)	0.8 (0.58)	1 (0.95)	1 (0.52)	0.89 (0.58)	$p=0.705$
Satisfacción	20.6 (2.21)	20.83 (1.86)	20.17 (2.57)	20.4 (2.27)	19.5 (2.67)	$p=0.867$
Consenso	20.3 (3.33)	19.6 (4.57)	20.5 (2.77)	18.9 (4.15)	19.2 (3.749)	$p=0.721$
Cohesión	9.8 (2.88)	10.67 (2.06)	10.72 (3.3)	10.2 (3.43)	10.4 (2.62)	$p=0.626$
EAD13 total	50.7 (6.1)	51.1 (5.4)	51.39 (6.43)	49.5 (9.05)	49 (7.5)	$p=0.992$
AFN	5.9 (2)	6.17 (3.06)	7.17 (3.28)	8.5 (3.17)	6.85 (2.72)	$p=0.462$
REP	12.95 (4.4)	13.67 (3.62)	14.78 (3.98)	15 (2.87)	13.35 (4.11)	$p=0.832$
EEA	6.7 (3.15)	6.5 (2.54)	6.56 (2.83)	7.3 (3.4)	5.95 (3.56)	$p=0.61$
BAS	8.6 (3.55)a	10.83 (5.9)b	7.61 (4.71)c	6.7 (5.01)abc	9.3 (6.3)	$p=0.013$
RLG	3.75 (5.85)	2.47 (4.45)	2.17 (3.62)	3 (4.52)	1.75 (2.57)	$p=0.115$

Nota: Los resultados se expresan en medias y desviaciones típicas o medias y rango intercuartílico. Los valores marcados con la misma letra son significativamente diferentes entre sí.

grupo, utilizando la *t* de Student en el caso de las variables paramétricas, y a la *U* de Mann-Whitney para las variables no paramétricas. El análisis reveló que, en caso de factor de esterilidad masculina, las mujeres puntúan más alto en Búsqueda de apoyo social y Religión. En el caso del factor de esterilidad femenino, de nuevo las mujeres puntúan más alto en Religión. En cuanto a las parejas con factor mixto de esterilidad, las mujeres presentan niveles más alto de ansiedad, mientras que no encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres con factor de esterilidad de origen desconocido (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El primer objetivo del estudio se centraba en conocer el impacto emocional que sufren las parejas estériles en las dife-

rentes etapas del proceso de FIV. En primer lugar, observamos que las parejas sometidas a un proceso de FIV presentan diferencias en cuanto a los síntomas psicopatológicos en comparación con los sujetos fértiles. De esta forma, el grupo 2 presenta niveles más altos de depresión; el grupo 3 presenta mayor hipersensibilidad y hostilidad y menor búsqueda de apoyo social; y el grupo 4 presenta niveles más altos de depresión e hipersensibilidad. Al analizar únicamente a los hombres encontramos que los pertenecientes al grupo 3 buscan menos apoyo social.

En segundo lugar, observamos que no existen diferencias entre los sujetos fértiles y aquellos sujetos estériles que acuden por primera vez a consulta. Sin embargo, estos últimos sí que presentan diferencias con respecto a los grupos inmersos en el proceso de FIV. En este caso, observamos que

TABLA 3

	GRUPO 0	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	p valor
Ob	1.08 (0.51)	1.39 (0.7)	1.48 (0.8)	1.48 (0.9)	1.34 (0.66)	$p=0.707$
Autoestima	33.85 (2.66)	31.63 (4.5)	31.33 (4.38)	33.1 (3.73)	31.15 (4.66)	$p=0.364$
FSP	12.9 (4.73)	14.9 (4.16)	14.11 (5.1)	16 (2.94)	15 (5.81)	$p=0.475$
EVT	11.15 (4.91)	11.27 (2.66)	10.22 (3.69)	12.6 (5.13)	13.1 (3.43)	$p=0.228$
Ps	0.76 (0.43)	1.08 (0.64)	1.23 (0.74)	1.21 (0.81)	1.03 (0.47)	$p=0.41$
Hp	0.44 (0.45)	0.6 (0.57)	0.98 (0.78)	0.99 (0.84)	0.71 (0.51)	$p=0.079$
An	0.47 (0.31)	0.69 (0.61)	0.87 (0.67)	0.83 (0.63)	0.73 (0.46)	$p=0.332$
Hs	0.71 (0.6)	0.58 (0.45)	0.94 (0.63)	1.12 (0.79)	0.65 (0.39)	$p=0.084$
So	0.95 (0.47)	1.06 (0.78)	1.14 (0.83)	1.12 (0.74)	0.93 (0.4)	$p=0.853$
Dc	0.66 (0.43)	0.93 (0.62)	1.29 (0.84)	1.36 (0.93)	0.91 (0.53)	$p= 103$
Alt Su	1.76 (1.18)	1.14 (1.08)	1.57 (1.19)	1.67 (1.44)	1.75 (1.33)	$p=0.342$
Alt Su-a	1.06 (0.74)	1.01 (0.76)	1.4 (0.9)	1.56 (1.14)	1.3 (0.72)	$p=0.368$
Satisfacción	20.7(1.87)	21.03 (1.61)	20.11 (2.52)	19.9 (2.23)	20.15 (2.23)	$p=0.523$
Consenso	20.65 (12.82)	19.33 (4.83)	19.44 (2.92)	19.4 (3.53)	19.5 (2.93)	$p=0.404$
Cohesion	10.95 (2.21)	10.63 (2.39)	10.56 (3.31)	10.5 (2.88)	10.3 (2.52)	$p=0.667$
EAD13 Total	52.3 (4.47)	51 (6.02)	47.94 (9.44)	49.8 (7.66)	49.9 (5.58)	$p=0.499$
AFN	6.9 (3.54)	8.27 (4.64)	7.44 (4.11)	8.3 (4.32)	8.2 (3.93)	$p=0.721$
REP	15.5 (4.85)	14.83 (3.61)	13.11 (4.8)	13.5 (4.28)	14.2 (4.42)	$p=0.475$
EEA	7.75 (4.15)	6.7 (3.06)	6.89 (3.12)	7.2 (2.35)	8.7 (4.92)	$p=0.696$
BAS	11.9 (6.02)	12.93 (6.15)	10.56 (6.35)	8.1 (4.8)	14.05 (6.72)a	$p=0.384$
RLG	4.45 (5.42)	1.93 (2.96)ab	5.06 (5.72)c	4.3 (5.68)ac	5.9 (5.65)b	$p=0.001$

Nota: Los resultados se expresan en medias y desviaciones típicas o mediana y rango intercuartílico. Los valores marcados con la misma letra son significativamente diferentes entre sí.

las parejas pertenecientes al grupo 3 presentan niveles más altos de hipersensibilidad, hostilidad y depresión, y presentan menos búsqueda de apoyo social; el grupo 2 presenta niveles más altos de hostilidad y menor búsqueda de apoyo social; mientras que el grupo 4 presenta mayor hipersensibilidad y hostilidad. Al analizar por separados a hombres y mujeres encontramos que los hombres del grupo 3 presentan menor búsqueda de apoyo social, y las mujeres de los grupos 3 y 4 recurren con mayor frecuencia a métodos centrados en la religión. Esto nos hace pensar que el perfil psicoemocional de las parejas estériles no se encuentra alterado por la esterilidad en sí misma desde antes de iniciar el proceso, si no que las alteraciones podrían venir dadas por el proceso de diagnóstico y tratamiento en sí mismos. Por otra parte, al analizar a los grupos 2 y 3 en conjunto, no

encontramos diferencias significativas entre ellos. Al analizar a hombres y mujeres por separados, encontramos diferencias únicamente en cuanto a los métodos de afrontamiento. Los hombres del grupo 3 presentan menor búsqueda de apoyo social, mientras que las mujeres del grupo 2 recurren más frecuentemente a métodos centrados en la religión. Esto nos hace pensar que, si bien estos dos grupos recurren a diferentes métodos de afrontamiento del estrés, su perfil emocional y psicológico es el mismo, y por tanto podríamos deducir que las alteraciones emocionales se deben a la derivación a FIV en sí misma, sin que influya el motivo de la indicación.

Asimismo, al comparar a los grupos 2 y 3 con el grupo 4, únicamente observamos niveles más altos de hostilidad y menor búsqueda de apoyo social en los sujetos derivados a

TABLA 4

	Factor Masculino		Factor Femenino		Factor Mixto	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Ob	1.3 (0.63)	1.37 (0.65)	1.09 (0.58)	1.46 (0.98)	1.22 (0.66)	1.29 (0.41)
Autoestima	30.24 (3.63)	30.59 (4.37)	34.36 (4.4)	32.6 (4.26)	32 (3.96)	30.71 (4.86)
FSP	12.76 (3.13)	14.47 (5.19)	16.71 (4.79)	16.47 (4.82)	13.71 (4.39)	13.14 (6.31)
EVT	10.47 (3.84)	12.59 (4)	11 (3.62)	12.07 (4.03)	10.71 (3.99)	10.86 (2.34)
Ps	1.03 (0.56)	1.11 (0.58)	0.88 (0.76)	1.18 (0.83)	0.89 (0.57)	1.04 (0.34)
Hp	0.79 (0.69)	0.87 (0.71)	0.45 (0.43)	0.88 (0.77)	0.57 (0.6)	0.8 (0.49)
An	0.75 (0.63)	0.91 (0.56)	0.37 (0.22)	0.73 (0.67)	0.41 (0.39)a	0.87 (0.57)a
Hs	0.82 (0.73)	0.89 (0.62)	0.82 (0.7)	0.9 (0.65)	0.71 (0.47)	0.83 (0.32)
So	0.81 (0.52)	1.07 (0.63)	0.73 (0.55)	1.03 (0.85)	0.93 (0.52)	1.27 (0.4)
Dc	1.01 (0.83)	1.13 (0.67)	0.61 (0.58)	1.15 (0.82)	0.76 (0.68)	1.2 (0.79)
Alt Su	1.65 (1.29)	1.49 (1.24)	0.93 (1.13)	1.67 (1.4)	1.38 (0.83)	2.14 (1.07)
Alt Su-a	1.2 (0.89)	1.39 (0.75)	0.77 (0.61)	1.3 (0.92)	0.84 (0.58)	1.65 (0.91)
Satisfacción	19.71 (2.66)	20 (1.8)	21 (2.32)	20.53 (2.33)	19 (2.16)	20 (2.38)
Consenso	19.65 (3.98)	19.71 (3.02)	19.57 (2.47)	19.2 (3.21)	18.14 (1.46)	19.29 (1.38)
Cohesión	10.29 (3.57)	9.59 (3.22)	10.86 (2.21)	11.4 (2.16)	10.43 (2.07)	10.43 (2.07)
EAD13 Total	49.65 (8.65)	48.06 (6.57)	51.43 (5.61)	51.13 (7.2)	47.57 (3.87)	47 (8.6)
AFN	7.47 (3.5)	8.06 (3.11)	6.43 (2.47)	8.2 (4.55)	8 (3.56)	7 (5.6)
REP	12.82 (2.81)	12.82 (4.22)	14.43 (2.79)	14.53 (5.4)	13.57 (6.34)	14.86 (4.41)
EEA	6.29 (2.73)	8.65 (3.98)	6.36 (3.86)	6.87 (3.04)	5.71 (2.87)	8.86 (5.4)
BAS	8.53 (5.42)a	13.24 (6.83)a	7.93 (5.24)	12 (6.3)	9.57 (6.439)	10.71 (6.92)
RLG	1.88 (2.32)a	5.76 (4.66) a	1.71 (3.1)a	6.8 (7.33)a	0.14 (0.38)	0.86 (2.27)

Nota: Los resultados se expresan en medias y desviaciones típicas o mediana y rango intercuartílico. Los valores marcados con la misma letra son significativamente diferentes entre sí.

FIV primaria (Grupo 3) que en aquellos que van a iniciar el tratamiento tras un tiempo de espera (Grupo 4). De esta forma, observamos que el perfil psicopatológico es similar en los tres grupos inmersos en el proceso de FIV y por tanto podríamos suponer que las alteraciones psicoemocionales estén más relacionadas con el proceso FIV en sí mismo, sin que observamos diferencias entre los grupos por el tiempo de espera hasta el inicio del tratamiento.

Desarrollado este objetivo, realizamos varias observaciones. Por un lado, observamos que el proceso FIV en sí mismo, sin hacer distinciones entre las diversas etapas que lo componen, se asocia con alteraciones psíquicas y psicósomáticas de los sujetos de nuestra muestra, en concreto con mayor hipersensibilidad, hostilidad y depresión, las cuales se rela-

cionan con una sobredependencia destructiva, dependencia emocional en otros y desconfianza en uno mismo además de relacionarse negativamente con una dependencia saludable (10).

Por otra parte, hemos observado que la indicación de FIV se asocia con una reducción de la búsqueda de apoyo social, especialmente en aquellos sujetos, sobre todo varones, que son derivados a FIV con indicación primaria. Los mecanismos de afrontamiento se agrupan en dos principales funciones del manejo, la centrada en el problema y la centrada en la emoción (11). El manejo con búsqueda de apoyo social se trata de una estrategia centrada en el problema, mediante la cual el sujeto obtiene información sobre qué puede hacer y moviliza acciones con el propósito de modificar la reali-

dad de la relación problemática persona-medio. Sin embargo, se trata de un tipo de manejo muy dependiente del tipo de situación problemática que tenga lugar. Esto nos podría hacer pensar que son las características concretas del momento clave en el que se encuentran los pacientes con indicación de FIV, como el inicio de un largo proceso de espera de duración aún indeterminada, o los mitos y prejuicios que rodean a la reproducción asistida y la esterilidad, las que determinan que disminuya su búsqueda de apoyo social.

Por último, comprobamos que el hecho de ser mujer y encontrarse en un proceso de FIV se asocia con el uso de métodos de afrontamiento centrados en la religión. Los manejos centrados en la religión se tratan también de manejos centrados en la emoción, lo que significa que tiene la finalidad de regular las emociones producidas por la situación estresante sin modificar las realidades de esta. Además, en los casos en los que la persona no puede hacer nada para modificar la situación, ésta puede creer conveniente distanciarse emocionalmente del estrés emocional, evitando pensar en la situación problemática. Además, se ha comprobado que las mujeres puntúan más alto en todas las estrategias de afrontamiento, por diversos factores psicosociales y antropológicos (9). Por tanto, podemos especular que las mujeres de nuestra muestra están predispuestas a modificar sus estrategias de afrontamiento por factores psicosociales y que el proceso de FIV favorece que adopten manejos centrados en la religión.

El segundo objetivo del estudio era conocer el impacto que tiene el factor de esterilidad en función del género. Al estudiar a las parejas con factor de esterilidad masculino, es decir, en las que el hombre padece la patología determinante de esterilidad, observamos que las mujeres recurren a mecanismos de afrontamiento basados en la búsqueda de apoyo social y la religión con más frecuencia que los hombres. Por otro lado, en el caso de las parejas con factor de esterilidad femenino, observamos que las mujeres vuelven a presentar más mecanismos de ajuste basados en la religión. Observamos, pues, una asociación entre ser mujer estéril o con pareja estéril y el mecanismo de ajuste centrado en la religión, lo que reafirma las observaciones previamente realizadas de que las mujeres tienden a usar este método de ajuste en dichas situaciones. En el caso de los hombres afectados por la patología que determina la esterilidad, existe una asociación entre dicha condición y la disminución de la búsqueda de apoyo social, lo que podría deberse a los prejuicios sociales que rodean a la esterilidad y el ataque que ello supone para la masculinidad en nuestra sociedad.

En el caso de las parejas con factor de esterilidad mixto, es decir, en las que ambos miembros de la pareja padecen una

patología causante de la esterilidad, existe una asociación entre ser mujer estéril con pareja estéril y presentar mayores niveles de ansiedad que la pareja masculina, lo que podría deberse a factores antropológicos y sociales, coincidiendo con los hallazgos de diversos estudios que afirman que las mujeres se ven más afectadas por la esterilidad que sus parejas masculinas.

Por último, observamos que las parejas con esterilidad de origen desconocido presentan perfiles psicopatológicos y ajustes sin diferencias entre ambos miembros. Esto difiere con lo que ocurre con el resto de parejas en nuestro estudio, lo que podría indicarnos que es en los casos en los que exista una patología causante de esterilidad, afectando a cualquiera de los miembros de la pareja, cuando el equilibrio entre los niveles emocionales y manejos de la pareja se podría ver alterado.

Por último, destacamos que no se observan diferencias entre los grupos en cuanto a los niveles de autoestima o el ajuste de pareja. Además, al inspeccionar las puntuaciones obtenidas, observamos que las medias se sitúan dentro de los valores normales, indicando que nuestra muestra en general no tenía niveles bajos de autoestima o mal ajuste marital.

Limitaciones. La principal limitación fue el reducido tamaño muestral, que puede haber afectado a los resultados, especialmente en el caso de aquellos pacientes que se encuentran en lista de espera para FIV. Para realizar la entrevista era necesario que acudiesen al hospital únicamente para la realización de la entrevista, lo que supuso un mayor esfuerzo del desplazamiento y en ocasiones falta de disponibilidad, de forma que un gran número de pacientes rechazasen participar en el estudio. Esto podría conllevar un sesgo de selección al suponer que las parejas que accedieron a participar podrían tener un mayor interés en el estudio, pudiendo esto asociarse con diferentes niveles en las variables estudiadas.

Futuras implicaciones. El presente estudio no puede establecer relaciones causales, sino solo establecer asociaciones y generar futuras cuestiones. Consideramos necesaria la realización de nuevos estudios que profundicen sobre este tema y estudien otros grupos pertenecientes al área de reproducción. Es por ello, en la Unidad de Reproducción del Hospital Universitario de Nuestra Señora de Valme se está llevando a cabo una ampliación de este estudio, incluyendo nuevos grupos de pacientes como aquellas sometidas a inseminación artificial, mujeres con pareja femenina o solteras, entre otros.

Finalmente, los hallazgos de este estudio junto con la evidencia ya existente, pone de manifiesto la necesidad de intervenciones psicológicas en la población FIV. Como hemos

observado, al inicio del proceso las parejas parecen tener perfiles psicopatológicos similares a la población general. Es por ello que la primera visita a la consulta de reproducción cobra especial importancia ya que resulta una ocasión idónea para mejorar los conocimientos sobre fertilidad y su percepción de la esterilidad, ayudando a disminuir la ansiedad ante la nueva situación (12). Además, resultaría interesante realizar un método de screening al inicio del proceso, identificando posibles factores de riesgo para sufrir efectos psicológicos negativos durante el proceso de reproducción asistida (13, 14), así como posibles factores protectores (15).

Asimismo, consideramos importante la realización otro tipo de intervenciones en terapias sometidas a FIV, destacando el papel de la intervención cognitiva y psicoterapia, que reduce los niveles de depresión y ansiedad, entre otros síntomas (16). Entre las diferentes intervenciones cognitivas destaca la PRCI (intervención de afrontamiento mediante la reevaluación positiva) ya que se ha observado que afecta positivamente a las parejas y podría ser de especial ayuda durante el prolongado tiempo de espera para el tratamiento de FIV (17). Intervenciones psicosociales también son de utilidad al reducir el estrés, siendo un ejemplo de ésta la guía ESHRE, una guía de cuidado psicosocial que ha demostrado reducir el estrés y la preocupación de las parejas por los procesos médicos, y mejorando el bienestar de los pacientes (18).

CONCLUSIONES

La indicación de FIV se asocia con alteraciones del perfil psicológico y de los mecanismos de afrontamiento del estrés, sin observar alteraciones ni valores patológicos de autoestima o de ajuste de pareja. El perfil psicológico y los mecanismos de afrontamiento de las mujeres se ve más afectado que el de los hombres cuando alguno o ambos miembros de la pareja padece una patología que determina la situación de esterilidad.

Es importante que se siga profundizando sobre el tema, estudiando relaciones causales y el deterioro a lo largo del tiempo y ampliándolo para estudiar el efecto específico de la FIV en todos los tipos de pacientes, además de estudiar otros factores que puedan influir en dichas alteraciones.

Las pruebas psicológicas empleadas han demostrado su compatibilidad con la práctica asistencial hospitalaria y su utilidad para complementar otros aspectos clínicos implicados en la asistencia global de la pareja estéril. El trabajo multidisciplinar con otras profesiones (psicólogos de la salud, trabajadores sociales, etc.) es una necesidad también en este campo de la reproducción asistida.

Todo ello implica que es deseable mejorar la atención a los pacientes a través de intervenciones y medidas que disminuyan su nivel de estrés, aumentando así el bienestar de los pacientes y haciendo que mejore la vivencia del proceso y su calidad de vida en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al.** International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril.* 2009 Nov; 92 (5): 1520-4.
2. **Dunson DB, Colombo B, Baird DD.** Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. *Hum Reprod.* 2002 May; 17 (5): 1399-403.
3. **Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E.** Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A dyadic approach. *Br J Health Psychol.* 2009 Feb; 14 (1): 1-16.
4. **Begum BN, Hasan S.** Psychological problems among women with infertility problem: A comparative study. *J Pak Med Assoc.* 2014 Nov; 64 (11): 1287-91.
5. **Baldur-Felskov B, Kjaer SK, Albierti V, Steding-Jessen M, Kjaer T, Johansen C, et al.** Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large Danish register-based cohort study. *Hum Reprod.* 2013 Mar; 28 (3): 683-90.
6. **De Rivera L, Abuín MR.** Manual de Listado de Síntomas Breve LSB-50. España: TEA ediciones; 2012.
7. **Vázquez Morejón AJ, Jiménez García-Bóveda R, Vázquez-Morejón Jiménez R.** Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología. Colegio oficial de psicólogos.* 2004; 22 (2): 247-55.
8. **Cuenca Montesino ML.** Ajuste diádico en la pareja: revisión teórica. *Psicopatol. Clín. Leg. Forense. Universidad Complutense de Madrid.* 2013; 13: 177-89.
9. **Sandín B, Chorot P.** Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *RPPC.* 2003; 8 (1): 39-54. (105)
10. **Abuín MR, de Rivera L.** La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud.* 2014 Jul; 25 (2): 131-41.
11. **Lazarus RS.** Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2000.
12. **Childress KJ, Lawson AK, Ghant MS, Mendoza G, Cardozo ER, Confino E, et al.** First contact: the intersection of demographics, knowledge, and appraisal of treatment at the initial infertility visit. *Fertil Steril.* 2015 Jul; 104 (1): 180-7.
13. **Donarelli Z, Lo coco G, Gullo S, Marino A, Volpes A, Allegra A.** Are attachment dimensions associated with infertility-related stress in couples undergoing their first IVF treatment? A study on the individual and cross-partner effect. *Hum Reprod.* 2012 Nov; 27 (11): 3215-25.
14. **Holley SR, Pasch LA, Bleil ME, Gregorich S, Katz PK, Adler NE.** Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. *Fertil Steril.* 2015 May; 103 (5): 1332-9.
15. **Steuber KR, High A.** Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women. *Hum Reprod.* 2015 Jul; 30 (7): 1635-42.
16. **Kharde SN, Pattad Shobhana, Bhogale GS.** Effectiveness of a therapeutic counseling intervention for depression, anxiety, self-esteem and marital adjustment among infertile women. *INT J NURS EDUC.* 2012 Jul-Dec; 4 (2): 151-4.
17. **Gorayeb R, Borsari AC, Rosa-e-Silva AC, Ferriani RA.** Brief cog-

nitive behavioral intervention in groups in a Brazilian assisted reproduction program. Behav Med. 2012; 38 (2): 29-35.

- 18. Gameiro S, Boivin J, Dancet E, de Klerk C, Emery M, Lewis-Jones C, et al.** ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – a guide for fertility staff. Hum Reprod. 2015 Nov; 30 (11): 2476-85.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

El autor primer firmante de este trabajo, en su nombre y en el de todos los autores firmantes, declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.