

# Ansiedad y depresión en pacientes que consultan por primera vez por esterilidad, en comparación con pacientes con estudios y/o tratamientos previos

Lic. Georgina Fernández\*, Dra. Claudia Rodari\*\*, Lic. Marcela Broner de Taraciuk\*, Dr. Juan José Etchepareborda\*\*, Lic. Liliana Nebbia\*, Dr. Guillermo Antonioli\*\*

\* Departamento de Salud Mental, Hospital de Clínicas "José de San Martín"

\*\* Sección Esterilidad, División Ginecología, Hospital de Clínicas "José de San Martín"

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si las pacientes estériles sin estudios previos tienen mayores niveles de ansiedad y depresión que las pacientes que ya han sido estudiadas y/o tratadas con anterioridad.

**Material:** Doscientas catorce mujeres estériles mayores de 20 y menores de 42 años que concurren a la Sección Esterilidad del Hospital de Clínicas "José de San Martín", entre junio de 2003 y diciembre de 2004. Fueron divididas en 2 grupos. Grupo 1: pacientes que nunca habían consultado con anterioridad por su problema de esterilidad (n=89). Grupo 2: pacientes que ya habían realizado algún estudio y/o tratamiento por esterilidad en otra institución (n=125).

**Método:** Estudio prospectivo, comparativo, observacional, transversal. Las pacientes fueron evaluadas psicológicamente mediante 3 técnicas: 1) Entrevista estructurada (evalúa diferentes ítems como los datos de la paciente, datos de la pareja y vivencia de la esterilidad y tratamiento); 2) Escala de Depresión de Beck; 3) Escala de Ansiedad de STAI (Rasgo- Estado). Se determinaron las estadísticas descriptivas adecuadas para cada variable según su escala de medición y distribución.

**Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, con respecto a las escalas de

depresión y ansiedad. En aquellas pacientes que percibían el tratamiento como peligroso, y en las que presentaban sentimientos de culpa y angustia por la esterilidad, resultaron significativas las elevaciones de los valores de depresión. Las pacientes con sentimientos de culpa asociados a la esterilidad mostraban valores más elevados de ansiedad estado. En cambio, las pacientes con sentimientos de inferioridad mostraron valores más elevados de ansiedad rasgo. En cuanto a las alternativas frente al fracaso del tratamiento, encontramos que las pacientes del G1 aceptaban más las limitaciones que esto implicaba que el G2. En este mismo aspecto, las pacientes menos ansiosas (AR menor a 50) estaban menos dispuestas a aceptar las limitaciones, mientras que las más depresivas estaban más dispuestas a aceptarlas.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine if infertile patients without previous studies show higher levels of anxiety and depression than patients that have already been studied and/or treated.

**Materials and Methods:** Two hundred and fourteen infertile women older than 20 and younger than 42 years of age that consulted the Fertility Section of the Hospital de Clínicas "Jose de San Martín" between June 2003 and December 2004. They were

divided into two groups. Group One (G1) consisted of patients that had never consulted for their infertility problem (n:89). Group Two (G2) consisted of patients that had already been studied and/or treated for their infertility problem somewhere else (n:125).

Prospective, comparative, observational, transversal study. Patients were evaluated psychologically by means of three techniques:

1) Structured interview (it evaluated different aspects of the patient, the couple, and their experience of infertility and treatments)

2) Beck's Depression Scale

3) STAI/Trait and STAI/State scales.

Adequate descriptive statistics were determined for each variable, depending on their measurement scale and distribution.

**Results:** No statistically significant differences were found between the two groups in regards to depression and anxiety values.

In those patients who perceived treatment as dangerous, and in those showing feelings of guilt and anguish because of their infertility, statistically significant elevations in depression scores were found. Patients with guilt feelings associated to infertility also showed higher values on anxiety state scores, while patients with inferiority feelings showed higher values in anxiety-trait scores.

In regards to the alternatives when faced to the failure of treatment, we found that patients in G1 accepted limitations implied by this more readily than G2. In this same aspect, less anxious patients (AT <50) were less predisposed to accept limitations, while more depressive patients were more disposed to accept them.

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad, depresión y stress psicosocial parecen afectar, con gran frecuencia, a las parejas con problemas de fertilidad<sup>1,2,3,4,5</sup>.

Según algunos trabajos, el paso del tiempo en espera del hijo por fracasos

terapéuticos<sup>6,7,8</sup> o por atraso de la consulta<sup>9</sup> agravaría los problemas psicoemocionales<sup>10,11,12</sup>, con alteraciones en la relación de pareja<sup>13,14,15</sup>, la autoestima<sup>16,17</sup>, y el sentimiento de feminidad<sup>15</sup>.

Sin embargo, no se ha investigado si la mujer que consulta por primera vez por esterilidad, muestra mayores niveles de ansiedad y/o depresión que aquella que ha sido estudiada o tratada con anterioridad.

Tengamos en cuenta que algunas propuestas terapéuticas pueden requerir inversiones económicas considerables o disyuntivas éticas complejas, tales como la aceptación de gametas donadas, que pueden afectar aún más el estado psicoemocional de las pacientes.

Por todo esto creemos que, la determinación objetiva a través de evaluaciones mensurables, puede determinar si existen diferencias reales entre estos dos grupos de pacientes.

Consideramos interesante además determinar estas variables en nuestra población, dada la diferente vivencia de la maternidad y la familia respecto a las pacientes de otros países donde se originan la mayoría de los trabajos de investigación<sup>8,15</sup>.

## OBJETIVO

Determinar si las pacientes sin estudios tienen menores niveles de ansiedad y depresión que las pacientes que ya han sido estudiadas y/o tratadas con anterioridad.

## POBLACIÓN Y MUESTRA

**Población:** mujeres estériles que concurren a la Sección Esterilidad del Hospital de Clínicas "José de San Martín", entre junio de 2003 y diciembre de 2004.

**Criterios de Inclusión:** pacientes que consultaron espontáneamente en la Sección Esterilidad del Hospital de Clínicas; mayores de 20 años y menores de 42 años; que hubieran firmado el consentimiento informado que se les presentó.

**Criterios de Exclusión:** menores de 20 años o mayores de 42 años; uso de antidepresivos o neurolépticos por más de seis

meses; antecedentes de internación psiquiátrica; analfabetismo o sub-alfabetismo.

#### **Muestra:**

**Grupo 1:** pacientes que nunca consultaron por su problema de esterilidad (n=89). Edad media: 31,5 años (DS:5,23). El 50% no presentaba antecedentes de embarazos.

**Grupo 2:** pacientes que alguna vez realizaron algún estudio y/o tratamiento por esterilidad en otra institución (n=125). Edad media: 32.2 años (DS: 4,68). El 56,5% no presentaba antecedentes de embarazos.

Ambos grupos fueron homogéneos de acuerdo a los parámetros evaluados.

#### **DISEÑO**

Estudio prospectivo, comparativo, observacional, transversal.

#### **MÉTODO**

Se propuso participar a las pacientes que concurrieron al Servicio, y se determinó si cumplían o no los criterios de inclusión y exclusión.

Se solicitó confirmar el deseo de participar con la firma del consentimiento informado.

Las pacientes fueron evaluadas antes de la consulta con el ginecólogo. Se utilizaron las siguientes técnicas:

**Entrevista estructurada:** evalúa diferentes ítems como los datos de la paciente, datos de la pareja y vivencia de la esterilidad y tratamiento.

**Escala de Depresión de Beck:** es una escala autoadministrable. Posee 21 ítems apareados en distintos grupos. Hay que elegir sólo uno por grupo, que muestra el estado actual de la entrevistada. Evalúa la presencia de síntomas como: humor depresivo, hipobulimia, pérdida de intereses, temores hipocondríacos, disminución de la autoestima, irritabilidad, dificultad para tomar decisiones, autocastigos e ideación suicida, alteraciones del sueño y del apetito, disminución de la libido.

**Escala de Ansiedad de STAI (Estado-Rasgo):** es un test autoadministrable.

Consta de dos escalas, con 20 frases cada una.

• La Escala de Ansiedad Estado (AE) se utiliza para determinar los niveles actuales de intensidad de la ansiedad como respuesta a diferentes tipos de tensión. Refleja las impresiones del sujeto de lo que está sintiendo en el momento actual.

• La Escala de Ansiedad Rasgo (AR) se utiliza para identificar sujetos con diferente predisposición a responder al stress psicológico, con distintos niveles de intensidad de ansiedad. Refleja las impresiones del sujeto de lo que siente habitualmente.

Para la Escala de Ansiedad Estado, hay que elegir la frecuencia para cada una de esas frases (nada, algo, bastante, mucho). Para la Escala de Ansiedad Rasgo, también se debe elegir la frecuencia para cada una de esas frases, pero con diferentes categorías (casi nunca, a veces, a menudo y casi siempre).

Para cada escala se obtiene un puntaje y su percentil correspondiente.

Las profesionales permanecieron a disposición de las pacientes para responder a cualquier duda sobre cómo debían completarse.

**Procesamiento y análisis estadístico de los datos:** los datos fueron volcados en una base de datos (tipo Excel) y luego analizados empleando un microprocesador AMRAD 750 Mhz y el paquete estadístico: STATISTICA v.5 de Statsoft Inc. 1997.

Se determinaron las estadísticas descriptivas adecuadas para cada variable según su escala de medición y distribución.

Cuando fue necesario se realizó(aron) el (los) siguiente(s) cálculo(s):

[a] Estimación de intervalos de confianza del 95 %

[b] Chi cuadrado

[c] Fisher

[d] t-test de Student

[d] de Kolmogorov-Smirnov

[e] Análisis de Regresión LOGÍSTICA.

El nivel de significación establecido fue de  $\alpha = 0.05$  <sup>16</sup>

## RESULTADOS

Tal como se observa en las Tablas I y II, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en

ninguno de los parámetros evaluados de depresión y ansiedad, como así tampoco en los parámetros evaluados en la entrevista estructurada.

Tabla I: comparación de las Escalas de Depresión (Beck) y Ansiedad STAI (estado y rasgo)

	GRUPO 1	GRUPO 2	
BECK-Depresión (X±DS)	10,149±8,509	10,935±7,387	NS
STAI Ansiedad Estado (X±DS)	21,299±9,333	23,593±9,801	NS
STAI Ansiedad Rasgo (X±DS)	23,023±8,936	24,114±9,05	NS

Tabla II: Parámetros evaluados en la entrevista estructurada

	GRUPO 1	GRUPO 2	
NO siente tratamiento como peligroso	94,4%	95,6%	NS
SI siente tratamiento como peligroso	5,6%	4,4%	NS
NO modifica su intimidad	81,7%	75,7%	NS
SI modifica su intimidad	18,3%	24,3%	NS
NO modifica su vida social	91,7%	90,4%	NS
SI modifica su vida social	8,3%	9,6%	NS
NO tiene sentimientos de culpa	80,6%	76,5%	NS
SI tiene sentimientos de culpa	19,4%	23,5%	NS
NO sentimientos de angustia	50%	35,7%	NS
SI sentimientos de angustia	50%	64,3%	NS
NO sentimientos de inferioridad	87,5%	83,5%	NS
SI sentimientos de inferioridad	12,5%	16,5%	NS
NO sentimientos de vergüenza	90,3%	90,4%	NS
SI sentimientos de vergüenza	9,7%	9,6%	NS
NO sentimientos de enojo	67,6%	73,0%	NS
SI sentimientos de enojo	32,4%	27,0%	NS
NO sentimientos de inadecuación	94,4%	94,8%	NS
SI sentimientos de inadecuación	5,6%	5,2%	NS
NO tiene otros sentimientos	63,9%	77,4%	NS
SI tiene otros sentimientos	36,1%	22,6%	NS
NO acepta las limitaciones	80,6%	89,6%	NS
SI acepta las limitaciones	19,4%	10,4%	NS
NO considera esto un fracaso	90,3%	90,4%	NS
SI considera esto un fracaso	9,7%	9,6%	NS
NO cree tener otras habilidades	93%	91,3%	NS
SI cree tenerlas	7%	8,75	NS
NO tienen otros proyectos	86,1%	88,7%	NS
SI los tienen	13,8%	11,3%	NS
NO consideran otras posibilidades	20,8%	13,9%	NS
SI las consideran	79,2%	86,1%	NS
NO acepta la adopción	19,6%	24,3%	NS
SI la acepta	80,4%	75,7%	NS
NO acepta la ovodonación	74,5%	79,6%	NS
SI la acepta	25,5%	20,4%	NS
NO acepta la donación de semen	75%	82,5%	NS
SI la acepta	25%	17,5%	NS
Tiempo en meses hasta decidir la consulta	31,5	26	NS
DS	32,053	28,493	NS

Los puntajes arrojados por las pacientes estudiadas, no corresponden con la presencia de un cuadro depresivo (En la Escala de Beck se considera Depresión Moderada a la puntuación mayor de 22). Estos valores no variaron significativamente entre ambos grupos. No obstante, en aquellas pacientes que percibían el tratamiento como peligroso, y en las que presentaban sentimientos de culpa y angustia por la esterilidad, resultaron significativas las elevaciones de los valores de depresión.

Si bien se encontraron diferencias en los valores de ansiedad para las pacientes del G2 (ligeramente superior al G1), éstos tampoco resultaron ser significativos. No obstante, se encontró que las pacientes con sentimientos de culpa asociados a la esterilidad mostraban valores más elevados de ansiedad estado. En cambio, las pacientes con sentimientos de inferioridad mostraron valores más elevados de ansiedad rasgo.

Respecto a las preguntas en la entrevista estructurada relacionadas con la esterilidad y su vida social, observamos que las pacientes de ambos grupos no percibieron ni experimentaron modificaciones importantes.

En cuanto a las alternativas frente al fracaso del tratamiento, encontramos que las pacientes del G1 aceptaban más las limitaciones que esto implicaba que las del G2. En éste mismo aspecto, las pacientes menos ansiosas (AR menor a 50) estaban menos dispuestas a aceptar las limitaciones, mientras que las más depresivas estaban más dispuestas a aceptarlas.

Por último, hallamos que los valores de ansiedad y depresión no variaron substancialmente entre pacientes con historia de aborto y pacientes que habían tenido hijos previamente.

## DISCUSIÓN

Varios trabajos de investigación han estudiado la incidencia de depresión y ansiedad en pacientes con problemas de esterilidad.

En muchos de éstos<sup>3,9,11,18,19,20,21</sup>, se observó que las mujeres estériles que consultaban para tratamiento mostraban altos

valores de ansiedad y depresión. Incluso, en uno de ellos<sup>20</sup>, no sólo los valores de depresión eran significativos sino también, específicamente, los valores de ansiedad rasgo.

En el trabajo de Chen, Chang, Tsai y Juang<sup>19</sup> se estudiaron mujeres que consultaban para un nuevo ciclo de tratamiento por esterilidad. En estas pacientes se encontró que presentaban sintomatología ansiosa y depresiva, y que estos valores no diferían entre las que ya habían hecho fertilizaciones asistidas y las que nunca lo habían hecho. En este sentido, sugieren que el haber hecho tratamientos previamente no sería un factor de riesgo en esta comorbilidad psiquiátrica de pacientes estériles.

Contrariamente a estos estudios, Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine<sup>2</sup> encontraron que los valores de depresión y ansiedad no resultaron significativos en la muestra de mujeres estériles. Observaron además que, en un seguimiento de 6 meses, en donde se volvieron a tomar las mismas escalas de depresión y ansiedad, los resultados no habían variado substancialmente. En este sentido, concluyeron que la prevalencia de desordenes emocionales era baja, y que en sus parejas estos mismos valores diferían en cuanto a la ansiedad, depresión y las preocupaciones específicas respecto de la esterilidad. Estos autores sugieren que sólo una minoría de mujeres estériles presenta un stress emocional significativo que requeriría atención psicológica.

Nuestro trabajo muestra que, en las pacientes estudiadas, las puntuaciones observadas en la Escala de Beck no corresponden con la presencia de un cuadro depresivo.

Nuestros valores denotaron también, que el nivel de depresión no variaba entre aquellas pacientes sin tratamiento previo y las que habían realizado estudios o tratamientos previamente.

En relación a la ansiedad, encontramos que para las pacientes del G2, los valores de ansiedad rasgo y ansiedad estado eran ligeramente superiores en comparación con las pacientes del G1, aunque esta diferencia entre ambos grupos no resultó estadísticamente significativa.

Estos resultados sugieren, al igual que en el trabajo de Chen, Chang, Tsai y Juang<sup>19</sup>, que el hecho de haber tenido o no estudios o tratamientos de fertilidad previos, no influiría en el estado de ánimo ni en la ansiedad en las pacientes estudiadas. El incremento en la ansiedad en el momento de ser evaluadas, también podría pensarse como una característica que suele presentarse en personas que manifiestan una mayor ansiedad de base (ansiedad como rasgo de personalidad).

Los trabajos que implementaron las mismas técnicas (BDI, Stait-Trait Anxiety Inventory)<sup>26,27</sup> de evaluación de ansiedad y depresión<sup>9,20,22,23,24</sup>, incluyen también otras variables de estudio como tiempo de esterilidad, edad de las pacientes, reacciones del entorno, y fracasos en los tratamientos previos. Los resultados de aquellos estudios<sup>9,19,23,24</sup> difieren de nuestros propios resultados. En este sentido, aquellos observaron que eran significativos los valores de ansiedad y depresión en estas pacientes, mientras que nosotros hemos observado que los valores de depresión no se corresponden con un cuadro depresivo y que la ansiedad, tanto rasgo como estado, es ligeramente superior (aunque no estadísticamente significativa) en aquellas pacientes con tratamientos y estudios previos.

Hemos analizado también los estudios que sugieren como factores determinantes<sup>19,22,23</sup> la duración y la causa de la esterilidad. En uno de estos trabajos<sup>22</sup> encontraron que los índices, tanto de depresión como de ansiedad, aumentaban luego de los 4 a 6 años de esterilidad y que, incluso, estos cuadros empeoraban entre los 7 y 9 años, observándose en este último caso depresiones severas. En el mismo se sostiene que la causa, la duración de la esterilidad, el nivel educacional y el trabajo de estas mujeres, son agentes principales en los valores de depresión, mientras que los valores de ansiedad están relacionados únicamente con la duración de la esterilidad y el nivel de educación.

Contrariamente a estos hallazgos, otros estudios<sup>20,23</sup> sugieren que la depresión y ansiedad mejora significativamente con la edad y el mayor tiempo de duración de la esterilidad. En uno de ellos<sup>20</sup> se observó

que la ansiedad y depresión era moderadamente más elevada en las primeras etapas (esterilidad menor a 3 años), y mostró una disminución del stress psicológico a mayor duración de la esterilidad.

En relación a las reacciones del entorno, en uno de los trabajos<sup>23</sup> se consideran como factores determinantes las reacciones negativas del marido, de la familia del marido y del grupo social, mostrando en estos casos, un incremento significativo de ansiedad y depresión. En el trabajo de Dyer, Hoffman, Abrahams y van der Spuy<sup>25</sup>, se exploraron las preocupaciones y experiencias relacionadas al hecho de no poder tener hijos, en mujeres estériles en Sudáfrica. Al ser esta situación un hecho involuntario, todas ellas referían emociones intensas respecto a la imposibilidad de tener hijos. Una gran parte de ellas experimentaba consecuencias sociales negativas, incluyendo inestabilidad en la pareja y estigmatización. Ellos concluyen que la infertilidad tiene consecuencias tanto en el bienestar psicológico, como en el status social en las mujeres en países en vías de desarrollo.

Contrariamente a estos hallazgos, en nuestro trabajo encontramos que las pacientes de ambos grupos no percibían o experimentaban modificaciones importantes en su vida social en relación a la esterilidad.

Otras variables incluidas en la evaluación de estas pacientes en la revisión bibliográfica, fueron los fracasos en los tratamientos. Algunos trabajos<sup>20,24</sup> sugieren que, además de la duración de la esterilidad, el fracaso del tratamiento está directamente relacionado con la severidad de la depresión, independientemente de la cantidad de fracasos que hayan tenido previamente. En nuestro trabajo encontramos resultados diferentes. Las pacientes que habían hecho tratamientos o estudios previos se encontraban más ansiosas, pero no presentaban sintomatología depresiva.

En nuestro trabajo también hemos encontrado otras variables asociadas a la depresión y ansiedad. En relación a la ansiedad, las pacientes con sentimientos de culpa asociados a la esterilidad, mostraban valores más elevados de ansiedad estado.

En cambio, las pacientes con sentimientos de inferioridad mostraban valores más elevados de ansiedad rasgo.

En cuanto a la depresión, fueron significativas las elevaciones de depresión, sobretudo en aquellas pacientes que percibían el tratamiento como peligroso, y las que presentaban sentimiento de culpa y angustia por la esterilidad.

Por otra parte, también observamos que, al ser indagadas acerca de las alternativas frente al fracaso del tratamiento, las pacientes del G1 aceptaban más que las del G2 las limitaciones que esto implicaba. Asimismo, analizando este mismo aspecto, las pacientes menos ansiosas (AR menor a 50) estaban menos dispuestas a aceptar estas mismas limitaciones, mientras que las más depresivas estaban más dispuestas a aceptarlas. Esto nos habla acerca de la influencia de su estado anímico en la vivencia que tienen de la esterilidad.

Por último, intentamos evaluar si los valores de ansiedad y depresión variaban entre pacientes con historia de aborto y pacientes que habían tenido hijos previamente. Encontramos que los valores de ansiedad y depresión no variaban significativamente entre estos dos grupos. Es decir, que los valores actuales de depresión y ansiedad no se relacionan con el hecho de haber tenido hijos o abortos previos.

Hemos observado una importante diversidad social y cultural en los estudios que evalúan depresión y ansiedad en pacientes con esterilidad. La mayoría de estos trabajos se realizaron en países de oriente y oriente medio<sup>11,18,19,20,21,23</sup>. Los demás<sup>2,3,9,25</sup> se realizaron en culturas occidentales con mayor similitud a la nuestra. Si bien sólo el estudio de Anderson, Sharpe, Rattray e Irvine<sup>2</sup>, realizado en el Reino Unido, coincide con algunos de nuestros resultados, planteamos como interrogante la incidencia de los factores culturales y sociales en la variación de los resultados, sobretudo considerando que la variación parece pronunciarse en aquellos estudios realizados en los países de oriente y oriente medio.

Las técnicas utilizadas en nuestro trabajo (Escala de Depresión de Beck<sup>26</sup> y Escala de Ansiedad STAI Estado-Rasgo<sup>27</sup>), son instrumentos confiables, validados en

idioma español e internacionalmente aceptados para medir depresión y ansiedad.

Asimismo, la entrevista estructurada fue realizada por dos evaluadores entrenados, asignados al azar para administrarla a las pacientes.

Si bien las diferencias entre ambos grupos no fueron estadísticamente significativas, debemos considerar que, dada la dispersión de las puntuaciones, hay una gran variabilidad individual. Los promedios no nos hablan de la vivencia íntima y personal de cada paciente con respecto a su infertilidad.

De todo lo anterior se desprende la importancia de un abordaje interdisciplinario para la atención integral de la pareja estéril, que incluya los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en el estudio y tratamiento.

## CONCLUSIONES

De nuestro trabajo se concluye que:

1. Las pacientes estudiadas que acudieron al servicio de esterilidad de este hospital por problemas de fertilidad, no presentaron un cuadro depresivo. En este aspecto, no hubo diferencia significativa entre aquellas pacientes que nunca habían sido estudiadas y tratadas, y aquéllas que fueron estudiadas y/o tratadas previamente.
2. Las pacientes con estudios y/o tratamientos previos mostraron valores ligeramente superiores (aunque no estadísticamente significativos) en relación a la ansiedad estado y ansiedad rasgo.
3. Las pacientes de ambos grupos no percibieron o experimentaron modificaciones importantes en su vida social asociadas a la esterilidad.
4. Las pacientes que presentaron sentimientos de culpa asociados a la esterilidad, mostraron valores más elevados de ansiedad estado.
5. Las pacientes con sentimientos de inferioridad asociados a la esterilidad, presentaron valores más elevados de ansiedad rasgo.
6. Las pacientes que percibieron el tratamiento como peligroso, y las que presentaron sentimientos de culpa y angustia, se

asociaron con puntuaciones más altas en la escala de depresión.

7. Las pacientes sin estudios ni tratamientos previos aceptaron en mayor medida las limitaciones que podría implicar el fracaso en el tratamiento, que las pacientes que ya habían sido estudiadas y/o tratadas previamente. Asimismo, las pacientes menos ansiosas estuvieron menos dispuestas a aceptar estas limitaciones, mientras que las que tuvieron mayor puntaje en la escala de depresión presentaron mayor disposición para aceptarlas.

8. Los valores de ansiedad y depresión no variaron significativamente entre pacientes con historia de aborto y pacientes que habían tenido hijos previamente.

Por último, esperamos que este estudio pueda resultar de utilidad para todos aquellos profesionales de la salud que trabajan con esta problemática, abriendo la posibilidad de estar atentos y tomar en consideración los diferentes aspectos emocionales y sociales, además de los biológicos. Consideramos que un enfoque bio-psicosocial, aporta un mejor entendimiento y comprensión de la paciente y de su problemática en general, para poder brindarle una mejor atención y acompañamiento de la pareja en esta conflictiva situación que atraviesan.

**Agradecimiento:** al Dr. Vicente Castiglia por su asesoramiento metodológico y estadístico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guerra D, Llobera A, Veiga A, Barri P. Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Hum Reprod* 1998;13(6):1733-6
2. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res* 2003;54:353-5
3. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the "Heidelberg Fertility Consultation Service". *Hum Reprod* 2001;16(8):1753-61

4. Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuysse H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems- a comparative survey. *Hum Reprod* 1999;14(1):255-61
5. King RB. Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. *Soc Sci Med* 2003;56(4):739-51
6. Lukse MP, Vacc NA. Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstet Gynecol* 1999;93(2):245-51
7. Ardenti R, Campari C, Agazzi L, Battista La Sala G. Anxiety and perceptive functioning in infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. *Hum Reprod* 1999;14(12):3126-32
8. Sanders KA, Bruce NW. Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Hum Reprod* 1999;14(6):1656-62
9. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril* 1992;58(6):1158-63
10. Fassino S, Pierò A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod* 2002;17(11):1986-94
11. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Makino T. Emotional distress of infertile women in Japan. *Hum Reprod* 2001;16(5):966-9
12. van Balen F, Trimbos-Kemper TC. Long-term infertile couples: a study of their well-being. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993;14 Suppl:53-60
13. Hart VA. Infertility and the role of psychotherapy. *Issues Ment Health Nurs* 2002;23(1):31-41
14. Stoleru S, Teglas JP, Spira A, Magnin F, Fermanian J. Psychological characteristics of infertile patients: discriminating etiological factors from reactive changes. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996;17(2):103-8
15. Downey J, Yingling S, McKinney M, Husami N, Jewelewicz R, Maidman J. Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril* 1989;52(3):425-32

16. Dawson Saunders B, Trapp RG: Bioestadística Médica. México. Ed. Manual Moderno. 1993.
17. van Balen F, Trimbos-Kemper TC. Factors influencing the well-being of long-term infertile couples. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1994;15(3):157-64
18. Downey J, McKinney M. The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *Am J Orthopsychiatry* 1992;62(2):196-205
19. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reprod* 2004;19(10):2313-8
20. Kee BS, Jung BJ, Lee SH. A study on psychological strain in IVF patients. *J Assist Reprod Genet* 2000;17(8):445-8
21. Lu Y, Yang L, Lu G. Mental status and personality of infertile women. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1995;30(1):34-7
22. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, Jafarabadi M. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health* 2004 Nov 06;4(1):9
23. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003;24(4):267-71
24. Lok IH, Lee DT, Cheung LP, Chung WS, Lo WK, Haines CJ. Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecol Obstet Invest* 2002;53(4):195-9
25. Dyer SJ, Abrahams N, Hoffman M, van der Spuy ZM. Men Leave me as I cannot have children: women's experiences with involuntary childlessness. *Hum Reprod* 2002;17(6):1663-8
26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psych* 1961;4:561-71
27. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI – Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. Madrid, Manual 6° Edición. 2002; TEA Ediciones.