

Depresión y ansiedad en distintos periodos de evolución de la esterilidad

JORGE CARREÑO MELÉNDEZ,^a FRANCISCO MORALES CARMONA,^b EVANGELINA ALDANA CALVA,^a ADRIANA FLORES MENDOZA^c

RESUMEN

Objetivo: En la esterilidad con frecuencia se desarrollan alteraciones emocionales, que van desde cambios emocionales moderados, hasta reacciones intensas de depresión y ansiedad, esta sintomatología puede tener su origen cuando la mujer estéril pone en funcionamiento un conjunto de estrategias para mitigar los síntomas y éstas no funcionan. El tiempo de evolución de la esterilidad femenina es una variable que pocas veces se toma en consideración, ya que se parte del supuesto de que la misma sintomatología, tanto depresiva como ansiosa, inicia al momento de detectar la esterilidad o cuando se informa que no es posible lograr el embarazo. El presente estudio tiene el fin de detectar qué cambios emocionales experimenta la paciente con esterilidad, en distintos periodos de evolución del padecimiento.

Material y métodos: Se estudió a 158 mujeres de 25 a 40 años de edad, que acudieron a la clínica de reproducción asistida del Instituto Nacional de Perinatología. La muestra se dividió en tres grupos, con distintos periodos de evolución: Período corto (2-4 años), período medio (5-7 años), y periodo largo (8 años o más). A todas las pacientes se les aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad, con el fin de determinar sus niveles de depresión y/o ansiedad.

Resultados: Se aplicó la prueba de análisis no paramétrico de Kruskal-Wallis, que mostró diferencias estadísticamente significativas en los tres grupos, en las escalas: 2D (Depresión), 7 Pt (Psicastenia) y la escala 8 Es (Esquizofrenia).

Conclusiones: Si bien es cierto que la depresión no presenta un comportamiento lineal, se observó que el grupo de corta evolución, presentó un nivel alto (por arriba del punto de corte); en el grupo de larga evolución se encontró un nivel más alto, lo que indica que hay un período de ajuste para la esterilidad, que varía entre de 2 a 4 años, para retomar el desajuste a partir de los 5 años, lo que indica que puede transformarse en un cuadro de depresión crónica en la mujer estéril. Variables como: Menor nivel de escolaridad, conocer la causa o no de la esterilidad, y trabajar dentro del hogar; son factores que condicionan de manera importante la manifestación de sintomatología ansiosa, pero no, el periodo de evolución de la esterilidad.

PALABRAS GUÍA: Esterilidad, depresión, ansiedad, alteraciones emocionales.

INTRODUCCIÓN

El deseo del embarazo y la reproducción, así como el de tener un hijo propio, con frecuencia son parte de las expectativas de muchas parejas. Cuando éstas fallan, entonces las parejas enfrentan una pro-

^a Investigador asociado "A" del Instituto Nacional de Perinatología.

^b Jefe del Departamento de Psicología del INPer.

^c Psicóloga Tesista del INPer.

Recibido: 3 de septiembre de 1999

Aceptado: 25 de enero del 2000

blemática de la vida reproductiva, como es la esterilidad –definida como una alteración reproductiva no visible–. Cuando hombres o mujeres no logran reproducirse, tal situación puede causarles problemas a nivel psicológico y social, que los llevará a una crisis emocional,¹ ya que el descubrir que no logran conseguir un embarazo, pueden representar una situación traumática, para la cual, la mayor parte de las personas no están preparadas.²

Cuando una mujer estéril espera y cree decididamente que la concepción ocurrirá, la información que obtiene del cúmulo de tratamientos fallidos, le crea un estado de confusión que le impide valorar sus alternativas, lo que le provocará una situación de distrés, que puede extenderse a la relación marital. Sin embargo, cuando la mujer alcanza un estado de aceptación de la esterilidad, debido a que pueden ocurrir cambios en su vida que la llevan a aceptar su condición; si esto ocurre, la información que obtendrá, sobre los tratamientos fallidos, no le resultará tan discordante con su sistema de creencias, lo que implica que no le causará un mayor distrés.³

Olshansky⁴ retomó la perspectiva teórica de la identidad individual y teorizó respecto a qué tanto un hombre o una mujer con esterilidad toman una identidad de ellos mismos como estériles, mientras que otros componentes de la identidad, se remueven a la periferia o a otros niveles menos relevantes. Para cambiar la esterilidad, como foco central de la identidad de sus vidas, las personas estériles deben primero quitarse la esterilidad como parte de su autodefinición y aceptarla en su justa dimensión. En oposición, Sandelowsky,⁵ con su modelo explicativo, menciona que el individuo tiene que definir su esterilidad en forma funcional, conductual, empírica y fenomenológica, para integrarla; y así convertir en triunfo su experiencia dolorosa. No obstante, no todos los individuos necesitan hacer de la infertilidad, parte de su personalidad para conducirse apropiadamente con ella.

Numerosos autores⁶⁻¹⁰ se han dado a la tarea de investigar, describir y analizar el gasto emocional que trae consigo la esterilidad. Las áreas que son susceptibles de afectarse, inician con una disminución de la autoestima, hasta alcanzar perturbaciones que modifican la relación con la familia y los amigos. En esencia, la esterilidad rompe con los proyectos de vida de una persona, trastoca sus esperanzas y metas reproductivas, debido a que destruye una de las leyes más conocidas de la naturaleza: la reproducción. Con la esterilidad se inicia una crisis psicológica, que en

muchos casos, amenaza la estabilidad marital y las habilidades para manejar la propia vida; las relaciones interpersonales se afectan en forma adversa y permanente; y en ocasiones, hasta la propia salud física. Mahlstedt,¹¹ observó que las demandas de la esterilidad y sus tratamientos pueden exceder los recursos emocionales, físicos y financieros que posee una persona.

Es de esperar, que no todas las mujeres vivan la imposibilidad de no tener hijos de la misma manera. Hunt¹² explica que algunos aspectos de la experiencia de una maternidad frustrada es única y está determinada por el entorno social, por los factores psicológicos y por influencias familiares. Pero también, dicha experiencia no sólo es diferente en cada mujer, sino que cada una puede experimentarla de manera distinta: según la etapa de su vida, su edad, las condiciones de su matrimonio, el estado de satisfacción con lo que hace y cómo lo hace, así como con su vida en general. No obstante, y a pesar de las variaciones descritas, los sentimientos y la experiencia individual, en cuanto a las manifestaciones afectivas en las mujeres estériles, son similares, ya que las reacciones se presentan en un continuo: que van desde la desilusión moderada al dolor intenso. Es común, cuando existe la imposibilidad de tener hijos, encontrar la presencia de sentimientos de culpa, rabia, desesperación, vergüenza, autocompasión, celos, y muy especialmente, sensación de pérdida.¹² Retomando a Mahlstedt,¹¹ quién ha observado que a la experiencia de la esterilidad se conjugan una serie de pérdidas que tiene importancia clínica, como factores etiológicos de la depresión, como: pérdida de la autoestima, de salud, de estatus, de autoconfianza, de seguridad. El concepto de pérdida es muy amplio y no sólo incluye a la muerte y la separación de figuras significativas en la relación interpersonal; sino también la pérdida de funciones.¹³

Newton y Houle,¹⁴ comentan que las parejas que reciben un tratamiento prolongado por su esterilidad, con intentos infructuosos para concebir las presiones específicas debidas a su condición de infertilidad, llegan a afectar en mayor medida a las mujeres que a los hombres: las esposas reportan estar más afectadas directamente por el estrés específico del tratamiento, lo cual tiene efectos especiales en las mujeres, que incluyen alteraciones en su autoestima sexual, satisfacción sexual y sensación de control sobre el tratamiento.



MATERIAL Y MÉTODOS

Fueron seleccionadas 158 mujeres, con base a un muestreo no aleatorio de tipo intencional, que cumplieron con los criterios de selección: edad entre 25 y 40 años; escolaridad mínima de primaria; tener pareja en el momento de la investigación; y que acudieran a la clínica de reproducción asistida del Instituto Nacional de Perinatología. De la muestra se excluyeron las pacientes con: padecimientos psiquiátricos clínicamente observables; quienes fueran a ser sometidas a alguna operación; así como a las que no eran mexicanas por nacimiento. La muestra se dividió en tres grupos, de acuerdo al número de años con esterilidad. Cada grupo quedó integrado de la siguiente manera: Grupo 1 (G1) con tiempo de evolución corta (2 a 4 años, 31 pacientes); grupo 2 (G2), evolución media (5 a 7 años, 47 pacientes); y, grupo 3 (G3) evolución larga (8 años o más, 80 pacientes).

Procedimiento

Antes de contestar los instrumentos, las pacientes fueron informadas del objetivo de la evaluación, la confidencialidad de la información y su uso con fines de investigación; que luego de lo cual, se obtuvo su consentimiento informado. Las participantes llenaron una ficha de identificación, que contiene datos de la historia ginecológica y variables sociodemográficas. Posteriormente, se les aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI por sus siglas en inglés), diseñado por Hataway y Mckliney (1950)¹⁵, en su versión estandarizada para América Latina de Rafael Nuñez (1981),¹⁶ que consta de 566 frases autoafirmativas. La calificación del instrumento se realizó con la ayuda de 13 plantillas, una para cada escala (lo que proporciona una calificación independiente para cada una de las escalas

clínicas); los resultados se utilizaron de manera independiente, comparando los puntajes naturales obtenidos, con las tablas de puntajes estandarizados, para identificar el nivel clínico de manifestación de la sintomatología.

Para analizar los resultados de las variables sociodemográficas se usaron estadísticas descriptivas.

Para la evaluación de los resultados del MMPI, se partió del análisis de los rangos y la mediana, ya que aplicar sólo las medidas de tendencia central, éstas no permitirían observar las fluctuaciones en el intervalo de una determinada escala, lo que implicaría perder el análisis cualitativo, que es fundamental para la intervención clínica. Las escalas clínicas se analizaron mediante el análisis de varianza no paramétrico (Kruskall-Wallis), con un punto de corte para la escala 2D (depresión) de 50-70 puntos.

RESULTADOS

La muestra quedó integrada por mujeres con promedio de edad de 32 años (± 3.5) y escolaridad de 12 años (± 3.5); es decir, la mayoría de las pacientes tuvieron una escolaridad promedio de bachillerato. La mayoría de mujeres del grupo 1, trabaja fuera del hogar (61.3%); en tanto que las mujeres del grupo 2 y 3, sus actividades son fundamentalmente dentro del hogar: 76.6% y 72.5%, respectivamente (tabla 1).

En cuanto a las variables clínicas, la etiología de la esterilidad, era conocida por la mayoría de las pacientes de los tres grupos. Con respecto al tipo de esterilidad, eran estériles primarias: en el G1, 41.9%; en G2, 73.3% ;y, en el G3, 66.3% (tabla 2).

El análisis de varianza de Kruskal-Wallis) mostró diferencias significativas, entre los grupos estudiados: con respecto a la escala de depresión (2-D) La diferen-

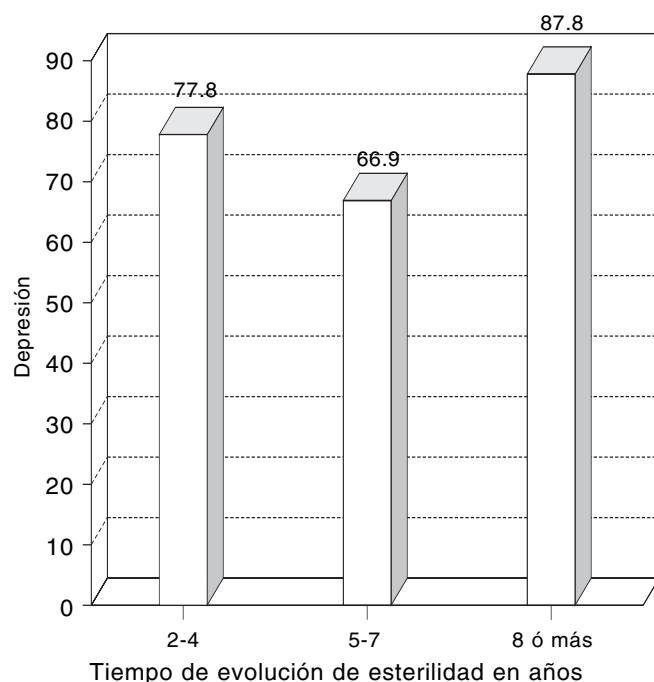
Tabla 1
Variables sociodemográficas

Variable	Frecuencia		Frecuencia		Frecuencia	
	Grupo 1	%	Grupo 2	%	Grupo 3	%
Hogar	12	38.7	36	76.6	58	72.5
Trabaja	19	61.3	11	23.4	22	27.5
Casada	29	93.5	44	93.6	72	90
Unión libre	2	6.5	3	6.4	8	10
1er. matrimonio	27	87.1	44	93.6	76	95.5
2do. matrimonio	4	12.9	3	3.4	4	4.5

Tabla 2
Variables clínicas de la muestra

Variable	Frecuencia		Frecuencia		Frecuencia	
	Grupo 1	%	Grupo 2	%	Grupo 3	%
<i>Tipo de estudio:</i>						
Primaria	13	41.9	34	73.3	53	66.3
Secundaria	18	58.1	13	27.7	27	33.7
<i>Etiología estudiada:</i>						
Conocida	23	74.2	40	85.1	59	73.7
S/causa aparente	8	25.8	7	19.9	21	26.3
<i>Núm. Hijos:</i>						
Ninguno	25	80.6	44	93.6	73	91.3
Uno	6	19.4	2	4.3	6	7.5
Dos	0	0	1	2.1	1	1.3

Figura 1
Promedio de rangos de depresión



cia de esta variable tuvo un valor de F de 6.02399 ($p = 0.0491934$), el valor más alto fue para el G3 (87.8) y el menor para el G2 (66.9) (figura 1). Sin embargo, el período de evolución de esterilidad y la ansiedad, no fue significativo en el análisis estadístico.

Al aplicar la misma prueba estadística, para las variables de ocupación, tipo de esterilidad y escolaridad,

mostraron diferencias estadísticas, lo que justificó un análisis de estas variables con el instrumento del MMPI.

Los grupos se dividieron tomando como variable de clasificación a la ocupación, en donde se encontró que el grupo de mujeres que trabaja en la casa, en comparación las que trabajan fuera, tuvieron diferencias

Figura 2
Porcentaje de pacientes por arriba de la mediana Pt (Psicastenia)

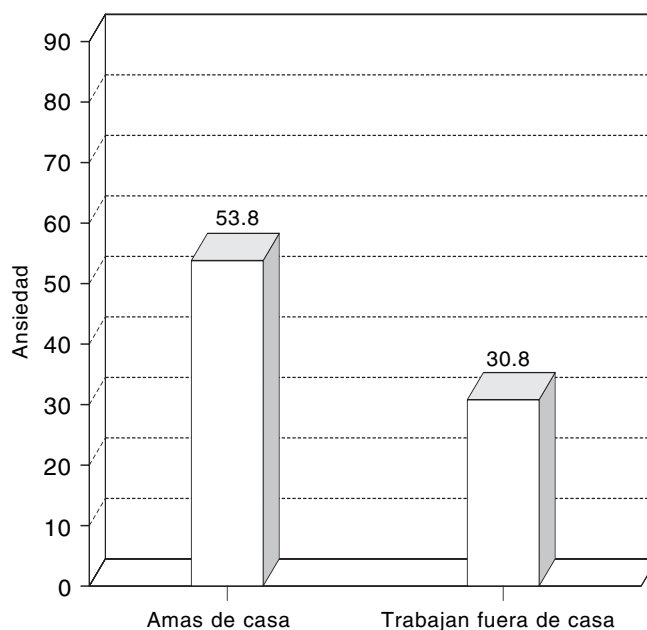


Tabla 3
Escalas correlacionadas

<i>E s c o l a r i d a d</i>		
Escalas	Coeficiente de correlación de Spearman	Significancia
		P<0.05
F	-0.3134	0.000
K	0.1738	0.012
D2	-0.1892	0.009
Mf	0.1554	0.026
Pa	-0.1601	0.022
Pt	-0.2060	0.005
Es	-0.2971	0.000
Is	-0.2664	0.000

Escalas F, K (validez); Depresión (D2); Masculino-Femenino (Mf); Paranoia (Pa); Psicastenia (Pt); Esquizofrenia (Es); Introversión social (Is).

significativas en cuanto a la escala de Es (Esquizofrenia $Ji^2 = 5.4630$, $p = 0.0194$) y la variable del instrumento de personalidad de Pt (psicastenia, con un valor de $Ji^2 = 6.5309$, $p = 0.0106$) (figura 2). El cruce de variables sociodemográficas ocupación y causa de esterilidad (conocida o no conocida), permitió identificar diferencias significativas, con la variable escolaridad ($Ji^2 = 29.7805$, $p = 0.000$) y Es (Esquizofrenia, $Ji^2 = 14.0356$, $p = 0.0029$). Con el cruce de la variables tiempo de evolución y ocupación, también se observaron diferencias significativas al aplicar la misma prueba estadística (Kruskall-Wallis) en las escalas de Pt (Psicastenia $Ji^2 = 12.0313$, $p = 0.0344$) y Es (Esquizofrenia $Ji^2 = 12.0313$, $p = 0.0249$). Cuando se aplicó la prueba de correlación de Spearman, a los tres grupos en distintos periodos de evolución (corto, medio y largo) se encontraron valores significativos en la variable sociodemográfica de escolaridad en relación con las escalas de la prueba de personalidad del MMPI, los valores tuvieron valores negativos en las escalas de D2 (Depresión) Pt (Psicastenia) y Es (Esquizofrenia), lo que indica que cuando las pacientes tienen una mayor escolaridad manifiestan menor sintomatología, tanto depresiva como ansiosa, con respecto a las que tiene menor escolaridad (tabla 3).

DISCUSIÓN

A partir de estos hallazgos, es posible identificar una serie de condiciones psicológicas. Como se co-

mentó con anterioridad, los puntajes de la escala depresión no mostraron un comportamiento lineal en los grupos, según el tiempo de evolución: El primero se encontró en el G2 (rango: 66.9); después en el G1 (rango: 77.8); y, finalmente, con un puntaje más alto, en el G3 (rango: 87.8). Este hallazgo se puede interpretar, como que las mujeres en condiciones de esterilidad, si bien presentan síntomas depresivos, éstos no se manifiestan en forma progresiva de acuerdo a su tiempo de evolución.

Resultados similares a los encontrados en el presente trabajo, fueron reportados por Berg y Wilson (citado en Boivin),³ quienes en un estudio sobre estrés en la esterilidad, encontraron una relación curvilínea, en lugar de una lineal, entre el estrés y el periodo de evolución de la esterilidad: reportando que dicha condición psicológica se fue elevando durante el primer año de tratamiento, disminuyendo en el segundo, e incrementando en forma significativa, en el tercer año de evolución.

Hallazgos semejantes han sido descritos por Hunt,¹² como un proceso en el cual, al principio de la esterilidad, se presenta cierta inquietud en la mujer por la incapacidad de concebir. Posteriormente, se observa un fenómeno de adaptación a la condición; durante tal periodo, la mujer busca satisfacciones en otras áreas de la vida, como mujer adulta: trabajo, pareja, formación escolar, etc. Sin embargo, más tarde, le embarga un sentimiento de pérdida y desesperación, o bien

puede surgir un cuadro de depresión severa, debido al conocimiento de que entre más pasa el tiempo, el reloj biológico va limitando sus posibilidades de concebir. Al respecto, cabe señalar que en las mujeres de nuestra muestra, la variable de edad no fue significativa, ya que los tres grupos tuvieron medias similares, como se señaló en los resultados.

Se ha sugerido^{1,3,5,8} que la depresión que se presenta en pacientes, similares a las de la muestra, no es una respuesta patológica ante un estrés insoportable; sino una reacción adaptativa ante el estrés, que se utiliza cuando no se puede recurrir a otro tipo de respuesta o cuando ya se han puesto en práctica, algunas estrategias de afrontamiento y éstas han fallado, por lo que la depresión se instala como una situación crónica en la que la paciente vive una problemática de esterilidad, lo que limitará en forma importante la vida cotidiana de ella.

Con lo que respecta a la escala 7- (psicastenia) o ansiedad, se encontraron diferencias entre el grupo de mujeres que trabajan y tienen un periodo de evolución medio de la esterilidad y el grupo de mujeres que son amas de casa con un periodo largo de evolución del padecimiento, siendo éstas últimas, las

que registraron los mayores intervalos de ansiedad. Esto puede interpretarse como una consecuencia de tener un puesto de trabajo, que aun cuando intrínsecamente puede no ser muy gratificador, puede decirse que es importante contar con una serie de contactos sociales, que facilitarán el surgimiento de relaciones emocionales de menor intensidad, pero útiles para enfrentar el estrés.¹⁷ Lo que lleva a establecer que los recursos sociales representan la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que puede obtener información, asistencia tangible y apoyo emocional. De acuerdo con lo anterior y con base en los resultados del presente estudio, puede observarse que la carencia de un empleo, afectó a las mujeres de nuestra muestra, lo que se tradujo en malestar psicológico, ansiedad y pensamientos dirigidos a la fantasía, que pueden ser interpretados, como una manera de afrontar los acontecimientos estresantes, ante la problemática que se está viviendo. Si bien es cierto que esto es un recurso adaptativo, aunque no sano, de no atenderse con oportunidad la sintomatología depresiva se instalará de manera permanente, comprometiendo la salud psicológica de la paciente con su padecimiento de esterilidad.



ABSTRACT

Objective: Sterility usually develops emotional alterations, which vary from moderate emotional changes to intense depression and anxiety reactions. This symptomatology may have its origin when the sterile woman has applied the strategies to ease these symptoms, and they have not worked. The female sterility time of evolution is a variable not often taken into account, starting with the assumption that symptomatology is the moment of sterility detection, and when the patient is informed about her disability to get pregnant. This study has the objective of detecting the emotional changes that the patient with sterility suffers through different stages of their illness.

Material and methods: Subjects were 158 women who attend to the assisted reproduction clinic of Instituto Nacional de Perinatología. Their ages varied from 25 to 40 years. The sample was divided in 3 groups, in different evolution stages: short term (2-4 years), medium term (5-7 years) and long term (8 years or more). The Minnesota Multiphasic of Personality Inventory (MMPI) was administered to all patients in order to measure their depression and anxiety levels.

Results: Kruskal-Wallis non parametric analysis test was applied. The results showed significant statistical differences in the 2 D (depression), 7 Pt (psychasthenia), and 8 Es (schizophrenia) scales between the 3 groups.

Conclusions: It is true that depression does not have a linear behavior. We can observe that the short term group presents a high level (above the reference point), but the long term group shows an even higher rating. This shows that adjusting time for sterility is found between 2 and 4 years in order to retake the disadjustment from the 5th year on which it is likely to become a chronic depression in the sterile woman. Variables such as a low scholarly level, knowing or not the sterility cause, and working or not in home are conditioning factors in the anxiety symptomatology manifestation, and not the sterility period of evolution.

KEY WORDS: Sterility, depression, anxiety, alterations emotional.

REFERENCIAS

1. Lalos O, Lalos L. The wish to have a child. Acta Psychiatrica Scand 1985; 72 476-81.
2. Pérez P. Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la reproducción. Montreal, Quebec: Ciencia y Cultura Latinoamericana 1995: 75-92.
3. Boivin J, Takefman J, Tulandi T, Brender W. Reactions to infertility based on extent of treatment failure. Fertil and Sterility 1995; 4, 801-7.
4. Olshansky E. Identity of self as infertile: An example of generation research. Advances in nursing. Science 1987; 9(54): 126-32.
5. Sandelowsky M. Living the life: Explanations of infertility, sociology of health and illness. 1990; 12(3): 195-99.
6. Van Balen F, Naaktgeboren N, Timbos-Kemper T. In vitro fertilization: The experience of treatment, pregnancy and delivery. Human Reproduction 1993; 11:11. 95-98.
7. Molales C, Kably-Ambe A, Diaz E. fertilización asistida: Aspectos emocionales. Perinatología y Reproducción Humana 1992; 6(3): 104-8.
8. William O, Acevedo E, Duque A, García L, Ramírez E. Comportamiento que adoptan las parejas ante la infertilidad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1992; 43(2): 142-46.
9. Morrow K, Thoreson R, Penney Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. Journal of Consulting Clinical Psychology 1995; 63(1): 163-67.
10. Attia E, Downey J. The psychological consequences of successful treatment. The Academy of Psychosomatic Medicine 1992; 33: 2.

11. Mahlstedt P. The infertility crisis: an opportunity for growth. *Perinatol Reproduc Hum* 1991; 5(2): 89-93.
12. Hunt L. La decisión de ser madre para la mujer de hoy. Barcelona, España: Gedisa 1993: 25-32.
13. Hammer B. An overview of the psychology of infertility psychological issues in infertility. *Infertility and reproductive medicine*. Clinics of North America 1993; 4(3): 433-50.
14. Newton C. Hole S. Gender differences in psychological response to infertility treatment. *Infertility and Reprod Medicine*. Clinics of North America 1993; 4(3): 132-37.
15. Hathaway S. Maklinley J. Inventario multifásico de la personalidad MMPI (1981) México D. F.: Editorial El Manual Moderno.
16. Nuñez R. Aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología (1979). México. D.F.: Editorial El Manual Moderno.
17. Lazarus, R. Y Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. México, D.F.: Editorial Roca 1991.