

Estrés percibido en mujeres a quienes se realizarán tratamientos de reproducción asistida y sus parejas

Lilia Arranz Lara,* Jaime Ruiz Ornelas,** Wilfrido Aguirre Rivera,** Fernando Gaviño Gaviño,*** Salvador Gaviño Ambriz,*** Daniel Moreno García****

RESUMEN

Objetivos: conocer si las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida tienen mayores niveles de estrés que sus parejas y encontrar las diferencias por género en el estrés percibido.

Pacientes y método: este estudio se llevó a cabo en un grupo de 62 parejas aptas para someterse a técnicas de reproducción asistida en el Servicio de Reproducción Humana del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

Resultados: existe poca diferencia en los niveles de estrés percibido entre el grupo de las mujeres y el de los hombres. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en ambos grupos sobre las fuentes que causan ese estrés.

Conclusiones: identificar las causas que producen estrés ayudará a mejorar las intervenciones psicológicas que se realicen durante estos procedimientos.

Palabras clave: estrés percibido, fertilización *in vitro*, intervención psicológica, Cuestionario de Estrés Percibido.

ABSTRACT

Objective: To know whether women candidates for *in vitro* fertilization have higher levels of stress than their male partners and to find differences by gender on perceived stress.

Material and method: This study was performed to examine characteristics of response to a perceived stress questionnaire in a group of 43 women candidates for *in vitro* fertilization comparing them with most frequent answers made by their partners.

Results: Small differences between stress levels in women than in their partners were found. Women select different sources of stress that their male partners did.

Conclusions: Finding out the sources of stress in candidate couples for *in vitro* fertilization will improve psychological interventions during these assisted reproductive treatments.

Key words: stress, *in vitro* fertilization, psychological intervention, Perceived Stress Questionnaire.

Recientemente, diferentes fuentes de la medicina biopsicosocial han encontrado aumento significativo de evidencia clínica e investigación que sugiere que los eventos estresantes afectan la salud mental y física de la persona.¹ Los problemas de infertilidad han impulsado el desarrollo de nuevas y más eficientes técnicas, que en pocas décadas se han difundido mundialmente y son cada vez más accesibles para las mujeres con este diagnóstico. Estas técnicas, especialmente las de estimulación hormonal

y las de reproducción asistida, producen mucho estrés, ansiedad y depresión.²⁻⁴ La mayor parte de los estudios que se han enfocado en el estrés y la infertilidad han señalado que la infertilidad, en sí, produce niveles elevados de estrés, acompañado frecuentemente por frustración y, a veces, desesperación.⁴ La morbilidad psiquiátrica ha estado significativamente relacionada con el número de ciclos de tratamiento.⁵ La investigación en reproducción humana ha mencionado la dificultad de éxito si las mujeres se encuentran emocionalmente perturbadas antes

* Área de Intervención Psicológica del Servicio de Reproducción Humana.

** Psiquiatra adscrito al Servicio de Psiquiatría.

*** Ginecólogo adscrito al Servicio de Reproducción Humana.

**** Encargado del Servicio de Reproducción Humana, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Correspondencia: Dra. Lilia Cristina Arranz Lara. Área de Intervención Psicológica del Servicio de Reproducción Humana, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Félix Cuevas 540,

colonia Del Valle, CP 03100, México, DF. Correo electrónico: arranzlilia@yahoo.com

Recibido: abril, 2008, Aceptado: abril, 2009.

Este artículo debe citarse como: Arranz LL, Ruiz OJ, Aguirre RW, Gaviño GF y col. Estrés percibido en mujeres a quienes se realizarán tratamientos de reproducción asistida y sus parejas. Rev Esp Med Quir 2009;14(3):117-20.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx

de que comiencen sus tratamientos. El diagnóstico y el tratamiento de los problemas de infertilidad suelen convertirse, en muchas ocasiones, en un acontecimiento vital que puede provocar alteraciones emocionales. Este mismo incremento en los niveles de estrés o ansiedad se ha encontrado al utilizar técnicas médicas específicas para el abordaje de la esterilidad de las parejas, como la fecundación *in vitro*. Existe una relación directa entre la utilización de esta técnica y el incremento en los niveles de ansiedad en hombres y en mujeres, desde la primera visita, hasta el momento de la obtención de los ovocitos o la transferencia embrionaria.⁶ Hay estudios que muestran que sobre todo la población femenina alcanza niveles similares a los de pacientes sometidas a técnicas quirúrgicas ginecológicas graves.⁷

Por otro lado, existe cada vez un mayor consenso entre los profesionales de la salud mental sobre la necesidad de que las parejas sometidas a técnicas de reproducción asistida obtengan consejo e intervención psicológica antes, durante y después del tratamiento; sobre todo, es necesario prestar atención a la ansiedad y a la sensación de pérdida de control que aparece a lo largo de estos tratamientos, y que suele traducirse en una diversidad de síntomas psicósomáticos en ambos miembros de la pareja.⁶

Los niveles altos de estrés y ansiedad tienen influencia significativa en la forma de afrontamiento de los tratamientos reproductivos.⁷⁻⁹ El estrés afecta el eje hipófisis-pituitario-adrenal y altera las hormonas de la fertilidad (FSH, GnRH, LH); así como el cortisol, la melatonina y las citocinas. Al mismo tiempo, el estrés puede tener cierta influencia en la irrigación del útero y el ovario, lo que puede dañar la calidad de los ovocitos que pueden obtenerse.^{2,7} Por otra parte, existen reportes de que el estrés puede, de la misma manera, afectar la calidad espermática del varón.² Es importante mencionar que la mayor parte de los abandonos de estos tratamientos se debe al cansancio y al estrés psicológico.¹⁰ La infertilidad, así como sus tratamientos, se convierten a la larga en estresores crónicos que influyen de formas diversas en la conducta de los miembros de la pareja.¹¹ Las diferencias se han encontrado, fundamentalmente, en la manera de afrontarlo de cada uno.^{12,13} Las mujeres frecuentemente se quejan de que sus parejas les dan poco apoyo emocional antes de comenzar los tratamientos de

reproducción asistida, sobre todo con la fertilización *in vitro*, o después del fracaso en estos tratamientos.¹³⁻¹⁶

El objetivo de este estudio fue conocer si mujeres a quienes se realizará fertilización *in vitro* tienen niveles de estrés más altos que sus parejas; y encontrar si existen diferencias en las respuestas según el género, mediante un cuestionario que califica el estrés percibido. Levenstein y col. desarrollaron un cuestionario específico que permite evaluar el estrés percibido al proponer situaciones estresantes y reacciones al estrés, a nivel cognitivo y emocional.¹⁷ La meta de este trabajo es mostrar criterios que ayuden a desarrollar estrategias de afrontamiento y de disminución del estrés, especialmente diseñadas para mujeres aptas para someterse a fertilización *in vitro* y sus parejas.

PACIENTES Y MÉTODO

El estrés percibido se analizó con el Cuestionario de Estrés Percibido de Levenstein.¹⁷ La versión de 30 proposiciones se aplicó a 62 mujeres aptas para someterse a fertilización *in vitro* y a sus parejas. Este instrumento se tradujo y validó al español.¹⁸ Los cuestionarios se aplicaron en el Servicio de Reproducción Humana del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Las respuestas más frecuentes del grupo de mujeres se compararon con las respuestas más frecuentes hechas por sus parejas. Las preguntas están relacionadas con: ansiedad, depresión, estrés y eventos de vida estresantes. Se califican siete escalas: hostigamiento, sentirse sobrepasado, irritabilidad, falta de alegría y entusiasmo, fatiga, preocupaciones y tensión. Este instrumento validado mide las diferencias individuales en la tendencia al estrés percibido y estrés crónico.¹⁹ Esta prueba ha probado validez concurrente y alta consistencia interna. El nivel de confianza fue de 0.80. Con un puntaje de corte de 45 la sensibilidad fue de 86% y la especificidad fue de 78%.^{15,17}

RESULTADOS

No se encontró relación entre las medidas estudiadas y las variables demográficas (edad, educación y años de matrimonio), excepto el género al escoger las respuestas.

No hubo diferencias significativas entre el nivel de estrés en mujeres en quienes se realizaría fertilización *in*

in vitro y el obtenido por sus parejas ($p \geq 0.05$). El 80% de los hombres y 83% de las mujeres puntuaron por encima del corte clínico para estrés percibido (≥ 45).

Los puntajes más altos en las mujeres se dividieron entre cinco respuestas, mientras que los puntajes más elevados en los hombres se enfocaron solamente en dos. Las respuestas más comunes en ambos sexos fueron: "Tiene problemas para relajarse" (79%) y "Está bajo presión de otras personas" (58.1%).

Las respuestas de estrés percibido en el grupo masculino fueron: "Siente que hace cosas por obligación, no porque quiera hacerlas" (62.7%) y "Tiene que tomar demasiadas decisiones" (48.8%).

Las principales fuentes de estrés percibido en el grupo femenino se distribuyeron en cuatro respuestas: "No tiene tiempo suficiente para usted" (67.44%), "Se siente frustrado" (60.4%), "Se siente agotado mentalmente" (58.1%), y "Se siente solo o aislado" (53.4%).

CONCLUSIONES

La finalidad de este trabajo fue comparar las respuestas seleccionadas en un cuestionario de estrés percibido de un grupo de mujeres a quienes se realizaría fertilización *in vitro* con las respuestas escogidas por sus parejas.

De acuerdo con la calificación final, las mujeres en general obtuvieron puntuaciones de estrés percibido similares a las de sus parejas. Aparecieron dos respuestas comunes en ambos grupos: "Dificultad para relajarse" y "Sentirse presionado por los demás". Estos resultados sugieren que, independientemente del género, el hecho de sentirse estresado se percibe como tensión física y emocional.

Los estresores que aparecen con más frecuencia en el grupo masculino están relacionados con factores externos como son "Tener que realizar actividades que no quieren" o "Tener que tomar muchas decisiones". Los datos recabados en el grupo femenino sugieren que sus estresores más frecuentes se vinculan con la sensación de soledad y frustración, probablemente debida a la falta de maternidad. Es relevante que otras de las respuestas más frecuentes en el grupo de mujeres sean factores relacionados con la depresión clínica, como la fatiga, el agotamiento mental y el aislamiento social.

Es muy importante para la medicina reproductiva tomar en cuenta las diferentes fuentes de estrés que padecen las parejas en los ciclos reproductivos. Si el hombre se queja de presiones externas, una intervención psicológica apropiada será mostrarle la manera en que pueda afrontar o evitar los estresores relacionados con los tratamientos de infertilidad y sugerirle técnicas apropiadas de relajación; sin embargo, si algún miembro de la pareja tiene respuestas vinculadas con el estrés y la depresión, los tratamientos de relajación no serán suficientes. En este caso, será necesario diseñar una psicoterapia individual basada en disminuir el temor, la ansiedad y crear formas de mejorar la autoconfianza. Al mismo tiempo, sería conveniente evaluar por parte del Servicio de Psiquiatría si un tratamiento antidepresivo o ansiolítico pudiera requerirse por un periodo breve antes de comenzar con los tratamientos reproductivos.

Se recomienda una intervención enfocada en la historia personal de la pareja y en las diferencias psicológicas de género, antes de que ambos se sometan a los tratamientos de reproducción asistida. Diferenciar las causas de estrés en las parejas a quienes se realizará fertilización *in vitro* ayuda a mejorar las intervenciones médicas y psicológicas en esta población, ya que el nivel de estrés percibido afecta de múltiples formas los resultados esperados.

Es necesario corroborar estos resultados con una muestra poblacional más grande. Las evaluaciones longitudinales serían pertinentes para confirmar la persistencia del nivel de estrés posterior a los resultados de estas técnicas reproductivas.

REFERENCIAS

1. Leserman J, Li Z, Hu YJB, Drossman DA. How multiples types of stressor impact on health. *Psychosom Med* 1999;60:175-81.
2. Campagne DM. Should fertilization treatment start with reducing stress? *Hum Reprod* 2006;21(7):1651-8.
3. ESHRE Special interest group: psychology and counseling. Guidelines for counseling in infertility. Brussels: ESHRE, 2002.
4. Boivin J, Takefman JE. The impact of the *in-vitro* fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Human Reprod* 1996;11:903-7.
5. Hammer BL, Covington SN. Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians. London: Parthenon, 1999.

6. Guerra D, Llobera A, Veiga A, Barri PN. Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Hum Reprod* 1988;13:1733-6.
7. Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW. Women's emotional adjustment to IVF. A systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update* 2007;13:27-36.
8. Smeenk MJ, Verhaak CM, Vingerhoets AJM. Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. *Hum Reprod* 2005;20(4):991-6.
9. Gurmankin AD, Caplan AL, Braverman AM. Screening practices and beliefs of assisted reproductive technology programs. *Fertil Steril* 2005;83:61-67.
9. Klonoff A, Cohen H. Female and male lifestyle habits and IVF. What is known and unknown. *Hum Reprod Update* 2005;11(2):179-203.
10. Olivius C, Friden B, Borg G. Why do couples discontinue *in vitro* fertilization treatment? *Fertil Steril* 2004;81(2):271-3.
11. Tarabise M, Volpe A, Facchinetti F. Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000;25(3):273-9.
12. Peterson BD, Newton CR, Rosa KH. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *H Reprod* 2006;219:2443-9.
13. Jordan C, Revenson TA. Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Behav Med* 1999;22(4):341-58.
14. McNaughton-Cassill ME, Bostwick JM, Arthur NJ, Robinson RD, Neal GS. Efficacy of brief support groups developed to manage the stress of *in vitro* fertilization treatment. *Mayo Clin Proc* 2002;77(10):1060-6.
15. Bayo-Borrás R, Canovas G, Sentís M. Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, 2004.
16. Carreño J, Morales F, Aldana E. Depresión y ansiedad en distintos periodos de evolución de la esterilidad. *Perinatol Reprod Hum* 2000;14(1):14-21.
17. Levenstein S, Prantera V, Vervo V. Psychological of the Perceived Stress. *J Psychosom Res* 1993;37:19-32.
18. Sanz-Carrillo C, García-Campayo J, Rubio A, Santed MA, Montoro M. Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *J Psychosom Res* 2002;52:167-72.
19. Fliege H, Rose M, Arck P, Walter OB, et al. The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: validation and reference values from different clinical and healthy adult samples. *Psychosom Med* 2005;67:78-88.