



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES INFÉRTILES**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en  
Obstetricia y Ginecología

Carla Eugenia Martínez Paredes  
Venus Vianey Rangel Ibarra

Tutor: Simón Pineda

Caracas, diciembre de 2016

---

Simón Pineda  
Tutor

---

Mireya González Blanco  
Directora del Programa/Asesor Metodológico

---

Normal Ozal  
Coordinadora del Programa

---

Sheila Rodríguez  
Asesora

## DEDICATORIA

Primeramente a Dios y mi virgen de Guadalupe, por permitirme llegar hasta donde estoy, por darme fortaleza y sabiduría a cada paso que doy.

A mi padre Lino Ignacio que sé, siempre está junto a mí, y el tiempo alargo un poco el momento de estar juntos....pero algún día lograremos volver a vernos.

A mi madre Alejandra porque siempre está ahí de forma física o no, en la distancia, en todo momento alentándome, procurando que sea todo por amor y no por una necesidad.

A mis hermanos: Ramsés e Ixchel por ser mis grandes amores, a mis motorcitos Emiliano Zadkiel y Zoel Mateo por motivarme a ser su gran ejemplo; para inspirarlos que a pesar de las adversidades hay que seguir en pie y culminar lo que se comienza.

A toda mi familia, amigos y compañeros, por no dejarme caer, por creer en mí y brindarme esas muestras de cariño, amor y confianza.

A Venezuela y toda su gente, por ayudarme a lograr un sueño más en esta vida.

Venus Vianey Rangel Ibarra

## ÍNDICE DE CONTENIDO

|                |    |
|----------------|----|
| RESUMEN        | 1  |
| INTRODUCCIÓN   | 3  |
| MÉTODOS        | 18 |
| RESULTADOS     | 20 |
| DISCUSIÓN      | 22 |
| AGRADECIMIENTO | 28 |
| REFERENCIAS    | 29 |
| ANEXOS         | 32 |

## **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES INFÉRTILES**

**Carla Eugenia Martínez Paredes**, C.I. 19.022.562. Sexo: Femenino, E-mail: [carlaemartinezp@gmail.com](mailto:carlaemartinezp@gmail.com). Telf: 0416-3797477. Dirección: Av. San Martín, Edif. Maternidad Concepción Palacios. Caracas. Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología

**Venus Vianey Rangel Ibarra**, C.I. 84.481.566. Sexo: Femenino, E-mail: [venusvianey@hotmail.com](mailto:venusvianey@hotmail.com). Telf: 0412-3351025. Dirección: Av. San Martín, Edif. Maternidad Concepción Palacios. Caracas. Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología

Tutor: **Simón Pineda**, C.I. 4.586.479. Sexo: Masculino, Email: [scmpineda@yahoo.com](mailto:scmpineda@yahoo.com) Telf: 0416-9471896 Dirección: Av. San Martín, Edif. Maternidad Concepción Palacios. Caracas. Especialista en Psiquiatría

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes infértiles. **Métodos:** Estudio prospectivo, transversal, comparativo, que incluyó 75 pacientes infértiles. Se aplicaron cuatro instrumentos: los cuestionarios de Hamilton y las encuestas de Beck para ansiedad y depresión. **Resultados:** según Beck, 65 pacientes (86,6 %) tienen depresión y según Hamilton, 58 mujeres tienen el diagnóstico (77,3 %) ( $P=0,117$ ). Para Beck, hubo 68 casos de ansiedad (90,6 %) y para Hamilton, 69 pacientes (92 %) ( $P=0,772$ ). Para las pacientes deprimidas, la edad promedio fue 30,79 años y para las no deprimidas 29,5 ( $P=0,305$ ). Entre las ansiosas, la edad promedio 30,77 años, y entre las no ansiosas fue 27,5 años ( $P=0,084$ ). No hubo diferencias significativas entre deprimidas y no deprimidas, ni entre ansiosas y no ansiosas, en cuanto a los factores predisponentes evaluados. Según Beck, 66,6 % tenían depresión severa y 14,6 % grave. Según Hamilton, hubo 49,3 % depresión moderada y 22,6 % baja ( $P=0,001$ ). Según Beck, 53,3 % tenían ansiedad moderada y 37,3 % grave. Según Hamilton, 65 % tenían ansiedad moderada y 13,3 % severa ( $P=0,005$ ). Para Beck se obtuvo sensibilidad 94 % y especificidad 41 % para depresión y sensibilidad 92 % y especificidad 28 % para ansiedad. **Conclusión:** La frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes infértiles es elevada. No se detectaron factores predisponentes específicos. Con la encuesta de Beck, tanto la depresión como la ansiedad, son evaluadas como más severas que con el cuestionario de Hamilton. Beck tiene elevada sensibilidad y baja especificidad para ambos diagnósticos.

**Palabras clave:** Ansiedad, Depresión, Infertilidad.

### **ABSTRACT**

#### ***ANXIETY AND DEPRESSION IN INFERTILE WOMEN***

**Objective:** To determine the frequency of anxiety and depression in infertile patients. **Methods:** Prospective, transversal, comparative study, which included 75 infertile patients. Hamilton questionnaires and surveys for anxiety and depression Beck: four instruments were applied. **Results:** According to Beck, 65 patients (86.6%) have depression and according to Hamilton, 58 women are diagnosed (77.3%) ( $P = 0.117$ ). Beck, there were 68 cases of anxiety (90.6%) and Hamilton, 69 patients (92%) ( $P =$

0.772). For depressed patients, the mean age was 30.79 years and for nondepressed 29.5 (P = 0.305). Among the anxious, the average age of 30.77 years and among non-anxious was 27.5 years (P = 0.084). There were no significant differences between depressed and non depressed or between anxious and not anxious, regarding predisposing factors evaluated. According to Beck, 66.6% had severe depression and 14.6% severe. According to Hamilton, there were 49.3% and 22.6% moderate depression lower (P = 0.001). According to Beck, 53.3% had moderate and 37.3% severe anxiety. According to Hamilton, 65% had moderate and 13.3% severe anxiety (P = 0.005). Beck was obtained for 94% sensitivity and 41% specificity for depression and sensitivity 92% and specificity 28% for anxiety. Conclusion: The frequency of anxiety and depression in infertile patients is high. No specific predisposing factors were detected. With the survey Beck, both depression and anxiety, are evaluated as more severe than with the questionnaire Hamilton. Beck has high sensitivity and low specificity for both diagnoses

Keywords: Anxiety, Depression, Infertility.

## **INTRODUCCIÓN**

El diagnóstico de la infertilidad es un acontecimiento vital estresante crónico que provoca alteraciones emocionales en las personas que la padecen. En general afecta de un 9% al 15 % de la población fértil<sup>(1)</sup>, y aproximadamente el 55 % de las personas que lo sufren, buscarán atención médica para poder concebir.<sup>(2)</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye a la infertilidad dentro de las enfermedades crónicas, pero es evidente que a diferencia del resto de padecimientos físicos, no afecta a la funcionalidad de ningún órgano y por tanto, no impone limitaciones físicas a quienes la padecen, no hay sintomatología ni dolor asociado a la misma, no existe una amenaza real a la propia vida y las parejas pueden elegir libremente someterse o no a tratamiento ya que su evolución no supone peligro alguno para la supervivencia. Sin embargo, la realidad clínica nos demuestra que a pesar de todo esto, las parejas con problemas de infertilidad, presentan reacciones emocionales ante su enfermedad que han sido incluso igualadas a las que presentan pacientes con patologías como la oncológica.<sup>(3)</sup>

Por otro lado, los tratamientos de reproducción asistida (RA) implican iniciar un proceso médico y a la vez psicológico. A medida que avanza el tratamiento de RA aumentan los estados de ansiedad, sobre todo en las mujeres. La ansiedad se relaciona con los procedimientos empleados (inseminación artificial, fecundación in vitro, etc.) y con el miedo a que el tratamiento falle. La depresión también aparece y está relacionada con la incapacidad para concebir o con los resultados terapéuticos negativos. Por lo general, es necesario mucho tiempo y varios tratamientos con el fin de conseguir el embarazo deseado. Durante las repeticiones de estos tratamientos la ansiedad aumenta en grado e intensidad. La depresión aparece al final de los tratamientos fallidos debido al duelo y pérdida de lo invisible.<sup>(4)</sup>

### **Planteamiento y delimitación del problema**

La infertilidad es una enfermedad frecuente con importantes consecuencias psicológicas, económicas, demográficas y médicas; y la demanda de los servicios de infertilidad ha aumentado considerablemente en los últimos años.

El número de pérdidas asociadas a la infertilidad hace de la depresión una respuesta muy común, lo cual produce que las parejas manifiesten sentimientos de desesperanza u otros síntomas como insomnio, anorexia y anhedonia. Algunos estudios han demostrado que la incidencia de depresión entre las mujeres infértiles duplica la observada en la población femenina general;<sup>(3)</sup> mientras que otras investigaciones plantean que la depresión, en muchos casos, no solamente es una etapa en la evolución del proceso psicológico que conlleva a la infertilidad, sino que constituye un trastorno en sí mismo, asociado a condiciones biológicas y psicológicas que eventualmente podría contribuir a la infertilidad.<sup>(5)</sup>

En vista de lo expuesto surge la necesidad de plantear la siguiente interrogante: ¿Cuáles serán las características de la ansiedad y la depresión que presentan las pacientes con diagnóstico de infertilidad, ingresadas al Servicio de Fertilidad de la Maternidad Concepción Palacios; durante el período comprendido entre mayo y octubre de 2016, utilizando como instrumento de evaluación, la aplicación de la encuesta de Beck y el cuestionario de Hamilton, para el rasgo de ansiedad y depresión?

### **Justificación e importancia**

La infertilidad es un trastorno que tiene una incidencia notable en la población en general. Esta condición médica, constituye una causa directa en la incidencia de los trastornos del estado de ánimo. En el desarrollo de este trastorno, influye la percepción cultural sobre la infertilidad, y es la mujer quien presenta más problemas asociados a esto, muchas de ellas, no consideran la posibilidad de enfrentar problemas para concebir un hijo o lograr un embarazo, sin embargo, cuando se enfrentan a esta realidad, surge una serie de conflictos emocionales, entre los que se destaca la depresión y la ansiedad.

Al revisar la literatura nacional, son pocos los estudios concluyentes de estadísticas que muestren una relación directa entre los síntomas depresivos o ansiosos en las pacientes con diagnóstico de infertilidad por lo que surge la necesidad de realizar un trabajo que se interese en el estudio de los factores emocionales relacionados a la



infertilidad que permitiría un mayor conocimiento y por ende mejor manejo clínico de las pacientes.

Al realizar el presente estudio, se buscó dar un aporte a las estadísticas de la institución y del país, identificando dos de las principales afecciones en la mujer infértil, canalizando de este modo un mejor manejo integral de la paciente para que obtenga mejores resultados en el tratamiento pertinente.

### **Antecedentes**

Chen *et al.*<sup>(6)</sup> analizaron la existencia de alteraciones psiquiátricas (no sólo ansiedad y depresión) en parejas que acudieron a una unidad de reproducción asistida, señalaron que el 40,2 % de mujeres infértiles con las que trabajaron presentaban, al menos, un trastorno psicopatológico, siendo los cuadros depresivos y los trastornos de ansiedad los que se apreciaban con mayor frecuencia. Uno de sus principales aportes es haber realizado la exploración psicopatológica a través de entrevista diagnóstica y no exclusivamente en función de las puntuaciones que los sujetos obtienen en cuestionarios. Efectivamente, los cuadros depresivos y los de ansiedad fueron los de mayor prevalencia. Los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes (28,6 %) predominando los trastornos de ansiedad generalizada (81,2 %). Con una prevalencia similar, se sitúan los trastornos del humor (26,8 % de las pacientes); el 63,3 % eran cuadros de depresión mayor y el 36,7 % restante de distimia.

En un estudio realizado por Meléndez *et al.*<sup>(7)</sup> discriminaron las variables que pueden explicar la depresión y la ansiedad en mujeres con problemas de infertilidad. Dentro de su estudio las variables independientes fueron: rol de género, asertividad y autoestima, y las dependientes: depresión y ansiedad; tuvieron la participación de 240 pacientes que cumplían los criterios médicos de infertilidad. Encontraron que el 75 % de las mujeres tuvieron una autoestima normal y 25 % baja. En cuanto a la ansiedad-rasgo, 60 % estuvieron dentro de la norma y 40 % por arriba del punto de corte. Para la ansiedad-estado 52,9 % estaba por debajo del punto de corte y 47,1 % por arriba; en la última variable, la depresión, 67,9 % se encontraba abajo y 32,1 %

por arriba del punto de corte. Concluyeron que las pacientes con baja autoestima, orientación del rol de género de sumisión, ansiedad-rasgo y no asertividad tendieron a experimentar la cronicidad de los síntomas depresivos y ansiosos, independientemente de su padecimiento.

Ozkan *et al.*<sup>(8)</sup> al comparar los niveles de ansiedad entre una muestra de mujeres infértiles con un grupo control de mujeres con hijos, encontraron que el grupo de personas infértiles presentaron puntuaciones de ansiedad significativamente superiores. El mismo resultado ha sido encontrado en la población española por Moreno-Rosset *et al.*<sup>(9)</sup>

En Venezuela son pocos los estudios reportados en la literatura relacionados al tema, Borrás *et al.*<sup>(10)</sup> plantearon caracterizar el patrón de comportamiento de las parejas infértiles, para elaborar un programa de intervención conductual dirigido a disminuir las conductas de riesgo e incrementar las preventivas, que facilitarían la adaptación y culminación exitosa del tratamiento de infertilidad; en el estudio participaron 79 sujetos, de los cuales 52 mujeres y 27 hombres, que asistieron a un centro privado para tratamientos de RA entre junio y octubre de 2002, dentro de los resultados con respecto a la esfera psicológica resalta 54 % mujeres / 42 % hombres presentaron ansiedad-estado; 25 % mujeres / 42 % hombres presentaron ansiedad-rasgo y con respecto a depresión 3 mujeres y 1 hombre presentaron depresión leve y una mujer presentó depresión moderada.

### **Marco teórico**

Según la definición de la American Fertility Society (Asociación Americana de Fertilidad), la infertilidad es la incapacidad para lograr un embarazo después de un año o más de relaciones sexuales regulares sin el uso de anticonceptivos, o seis meses si la mujer es mayor de 35 años. Así mismo, es la incapacidad para llevar un embarazo a término, es decir, conseguir el nacimiento de un ser con vida.

Existen factores femeninos y masculinos que pueden ser causantes de infertilidad. El factor femenino está reportado en el 37 % de parejas mientras que el factor

masculino esta reportado en el 8 % y tanto el factor masculino y femenino juntos es del 35%. El resto de parejas tienen infertilidad inexplicable.<sup>(11)</sup> En un estudio reciente realizado en Colombia<sup>(12)</sup> entre el año 2002 y 2004 en una clínica en Cali donde se estudiaron 1389 mujeres en edad fértil dando como resultado que el factor causal más frecuente fue el tubo peritoneal (49,4 %), luego una combinación de factores (28,7 %), el factor masculino (21,7 %), diagnóstico no aclarado (20,2 %), factor ovulatorio (19,1 %), problemas en el coito o factor coital (9,1 %), endometriosis (6,7 %), factor uterino (4,7 %) y por último el factor cervical (3,1 %).

El estudio de la pareja infértil se ha convertido en una herramienta de gran importancia en el papel del médico de atención primaria quien, en la mayoría de los casos, establece el primer contacto con las parejas que tienen dificultad para lograr embarazo. La infertilidad se clasifica en primaria, cuando no hay antecedentes de embarazos anteriores, y secundaria, cuando el fenómeno ocurre en parejas que con anterioridad han logrado embarazo.<sup>(13)</sup>

La infertilidad se define como la incapacidad de completar un embarazo después de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas. Los términos esterilidad e infertilidad en ocasiones son usados de manera intercambiable y algunas veces definen poblaciones diferentes. En la literatura hispana, la definición de la palabra esterilidad es la dificultad de lograr un embarazo, al tiempo que el término infertilidad es utilizado cuando se desarrolla el embarazo pero es interrumpido en algún momento; es utilizado como sinónimo de pérdidas recurrentes de embarazo. Por el contrario, en la literatura inglesa el término infértil se refiere a la pareja que no logra alcanzar un embarazo, ya sea por la imposibilidad de que la mujer quede embarazada mediante los medios naturales (esterilidad), o cuando existen las posibilidades pero el embarazo no ocurre (subfertilidad), o si el embarazo efectivamente se desarrolla pero no culmina con el nacimiento de un recién nacido vivo.<sup>(14)</sup>

Las mujeres infértiles experimentan altos niveles de estrés, con frecuencia se manifiestan como síntomas de ansiedad y / o depresión. El sometimiento a gran variedad de pruebas y tratamientos médicos, la ingesta de medicinas o las

alteraciones en la frecuencia y hábitos sexuales que sufren estas parejas, son situaciones generadoras de condiciones de vida que pueden resultar perjudiciales para su salud y, hasta interferir directamente con el logro del embarazo. <sup>(15)</sup>

Se ha visto que el trabajo en el manejo de las emociones, y en la inteligencia emocional en general, hace a las personas menos vulnerables al afecto negativo, protegiéndoles de un desajuste psicológico. <sup>(16)</sup>

Se ha demostrado que personas estables emocionalmente toleran mejor la frustración ya que son capaces de controlar los estados tensionales asociados a la experiencia emocional y su propio comportamiento en situaciones adversas. <sup>(17)</sup>

Ansiedad y depresión son los problemas psicológicos más estudiados en relación con la infertilidad, la primera se origina por la naturaleza estresante de los procedimientos terapéuticos y el miedo a que falle el tratamiento elegido, y la segunda se provoca por la constatación de la propia incapacidad para concebir o por los resultados terapéuticos fallidos. <sup>(18, 19)</sup> Cualquier situación nueva o ante la cual no se encuentre aparentemente una solución, provocará ansiedad en cualquier persona. El nivel con que se presente la respuesta de ansiedad, variará según la interpretación que se haga de la situación y de la visión que la propia persona tenga de las estrategias que posee para resolverla.

Se han demostrado como factores de riesgo para depresión y ansiedad en la infertilidad: sexo femenino, edad mayor a 30 años, un menor nivel de educación, la falta de actividad profesional, diagnóstico de infertilidad masculina y duración de la infertilidad de 3-6 años. <sup>(20)</sup>

Cuando una pareja llega por primera vez a un especialista de infertilidad, se debe hacer una evaluación psicosocial que comprenda, la recolección de información de la pareja, haciendo énfasis en problemas psicológicos previos o existentes. La pareja infértil pasa por un proceso psicológico el cual se puede resumir en 3 etapas: el impacto diagnóstico, el impacto del tratamiento y el impacto de resolución.

1) Impacto diagnóstico: es cuando la pareja se enfrenta a la infertilidad y este es un impacto psicológico importante, que en varios estudios ha sido descrito como una crisis de vida. Frecuentemente, los pacientes infértiles que acuden a consulta manifiestan tener la sensación de que, repentinamente, su vida gira en torno a la infertilidad, lo cual afecta sus relaciones matrimoniales, su vida sexual, las relaciones con familiares y amigos, y adicionalmente, el inicio del tratamiento tiene un efecto devastador en su vida financiera. <sup>(21)</sup>

Se han asociado ocho tipos de pérdidas con el diagnóstico de infertilidad. <sup>(22)</sup>

1. La pérdida de una potencial relación.
2. La pérdida de salud.
3. La pérdida de estatus o prestigio.
4. La pérdida de autoestima.
5. La pérdida de confianza en sí mismos.
6. La pérdida de seguridad.
7. La pérdida de una fantasía o esperanza importante.
8. La pérdida de algo o alguien de gran valor simbólico.

2) Impacto del tratamiento: los aspectos considerados por las parejas infértiles como intrusiones prolongadas en su vida íntima son, entre otros, la naturaleza de los tratamientos, el costo económico y la dirección en relación con cuándo y con qué frecuencia se deben mantener relaciones sexuales para optimizar la posibilidad de concepción. Se estima que las intrusiones mayores se inician con los procedimientos quirúrgicos invasivos, las inyecciones de hormonas para la estimulación de la ovulación, el procedimiento para la inseminación artificial o la participación en técnicas de reproducción asistida. Algunos trabajos aseguran que la aplicación del tratamiento produce un incremento de la ansiedad, la tensión y el miedo asociado a sus efectos, tanto físicos como emocionales. <sup>(23)</sup>

3) Impacto de resolución: es importante tener en cuenta que los días de espera de resultados son particularmente estresantes para las parejas, tanto si los resultados son positivos como si no lo son. Cuando el tratamiento ha sido exitoso, significa el

final de un largo proceso recorrido y el inicio de una nueva fase, la de enfrentarse a la maternidad y a la paternidad. En el caso de que el tratamiento no haya sido exitoso, se inicia una fase extremadamente complicada. La pareja debe decidir hasta cuándo se va a seguir sometiendo a tratamientos de infertilidad o cuándo va a dejar de hacerlo, lo cual genera gran sufrimiento.<sup>(15)</sup>

Una de las situaciones iniciales que debe enfrentar la pareja infértil y que requiere de gran adaptación, es la relación que debe mantener con un numeroso equipo de profesionales. Lo que inicialmente formaba parte de la intimidad conyugal, se pasa a compartir inmediatamente con un amplio equipo de profesionales.

Se conoce que la psicoterapia (ya sea en un grupo o individual / formato de pareja) condujo a una reducción de la ansiedad y la depresión, así como un posible aumento en las tasas de concepción.<sup>(24)</sup> Cuando existe una intervención psicológica adecuada puede haber un aumento de las tasas de embarazo siendo 30% mayores que en las parejas que no hubo terapia.<sup>(25)</sup>

En los trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE – 10) describen los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve, moderada o grave, por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

1. La disminución de la atención y concentración
2. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
3. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
4. Una perspectiva sombría del futuro
5. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
6. Los trastornos del sueño

## 7. La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de un episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacado y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas somáticos son:

1. Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras
2. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales
3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo
5. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotriz claras (observadas)
6. Pérdida de peso ( 5% o más del peso corporal en el último mes)

Este síndrome somático habitualmente no se considera presente a menos que cuatro o más de cuatro de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Las categorías de episodio depresivo leve, moderado y grave que se describen con mayor detalle a continuación, deben ser utilizadas únicamente para episodios

depresivos aislados (o para el primero). Los posibles episodios depresivos siguientes deben clasificarse dentro de una de las subdivisiones del trastorno depresivo

Se incluyen unos niveles de gravedad para poder cubrir el amplio espectro de los cuadros clínicos que se ven en los diversos tipos de práctica psiquiátrica. Enfermos con episodios depresivos leves son frecuentes en la práctica médica general, mientras que las unidades de internamiento psiquiátricas suelen ocuparse de las formas más graves de episodios. La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes.

La depresión se caracteriza por un sentimiento de tristeza intenso, que puede producirse o no tras una pérdida reciente y/u otro hecho triste, pero es desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un período justificado. Se estima que el 10 % de las personas que consultan al médico pensando que tiene un problema físico, tiene en realidad depresión. <sup>(26)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta en el mundo, de los cuales unos 121 millones presentan depresión. Menos del 25% de ellos tienen acceso a tratamientos efectivos. Además, advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. <sup>(27)</sup>

La ansiedad o angustia, sinónimos desde el punto de vista clínico, es un estado emocional normal y cotidiano en la vida de todos nosotros. Se caracteriza por una sensación de inquietud, desasosiego, aflicción o zozobra del ánimo y se expresa en lo somático, por una serie de molestias de variadas características e intensidad, entre las cuales las más comunes son: el aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, tensión muscular, elevación de la profundidad y periodicidad de los movimientos respiratorios y la impresión de tener un nudo en la garganta o una opresión en el estómago.



Se origina por las amenazas reales o imaginarias, físicas o psicológicas, que nos toque vivir, así como de factores de orden biológico. La intensidad de este fenómeno normal, va a depender de la importancia que le atribuyamos a dichas amenazas. <sup>(28)</sup>

Los trastornos de ansiedad tienen la capacidad potencial de llegar a interferir negativa y significativamente con la habilidad de un individuo para desenvolverse y adaptarse con éxito a su entorno habitual. Los síntomas característicos de los trastornos de ansiedad difieren de los sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud en que se manifiestan externamente como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas, reacciones que escapan del control voluntario de la persona tienen un carácter intenso y recurrente, generan incomodidad y malestar e interfieren significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles. <sup>(29)</sup>

En general, las mujeres son dos veces más proclives a padecer trastorno de angustia y de ansiedad generalizada que los hombres. <sup>(30)</sup>

En los trastornos depresivos y de ansiedad se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de la ansiedad y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. Las escalas heteroevaluadas son aquellas en las que el evaluador pregunta sobre cada uno de los ítems y los evalúa. Las escalas autoevaluables pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es este último el que elige cuál de los ítems refleja mejor su estado.

*Beck Depression Inventory (BDI)* <sup>(31)</sup> (Anexo 1). Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems, publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y

validada en castellano en 1975. Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. No existe un consenso sobre los puntos de corte, por lo que se emplean distintos puntos de corte e intervalos para definir los niveles de gravedad. Los puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son:

- Ausente o mínima 0 – 9 puntos
- Leve 10 – 16 puntos
- Moderada 17 – 29 puntos
- Grave 30 – 36 puntos

El inventario de ansiedad de Beck (BAI) puede utilizarse para evaluar y establecer una línea base de ansiedad, como una ayuda para el diagnóstico clínico, para detectar la eficacia del tratamiento a medida que avanza, y como medida de resultado post- tratamiento. El clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave (Anexo 2).

Otras ventajas del BAI incluyen su rápida y fácil administración, la respetabilidad, la discriminación entre los síntomas de la ansiedad y la depresión, la capacidad para poner de relieve la conexión entre la mente y el cuerpo en aquellas personas que buscan ayuda para reducir su ansiedad, y una probada validez en diferentes idiomas, culturas y grupos de edad. Algunos investigadores han sugerido que los ítems del BAI pueden ser menos sensibles a los síntomas secundarios a un trauma, más sensibles a trastornos de pánico de lo que es a los síntomas de otros trastornos de ansiedad, y sugieren la necesidad de establecer normas de interpretación separadas para hombres y mujeres<sup>(31)</sup>

Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D). <sup>(32)</sup> La HAM-D o *Hamilton Rating Scale for Depression* (Anexo 3), es una escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión. El marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, excepto para algunos ítems, como los

del sueño, en que se refieren a los 2 días previos. La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986. Los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento.

Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión española es de 0 a 54. Los puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son:

- No depresión 0 – 7 puntos
- Ligera/menor 8 – 13 puntos
- Moderada 14 – 18 puntos
- Grave 19 – 22 puntos
- Muy grave > 23 puntos

La Hamilton Anxiety Rating Scale o HARS, es una escala (Anexo 4) cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los 12

ítems restantes no representan adecuadamente el trastorno de ansiedad generalizada. <sup>(33)</sup>

Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntos de corte recomendados son:

- 0-5: no ansiedad
- 6-14: ansiedad leve
- $\geq 15$  : ansiedad moderada- grave

### **Objetivo general**

1. Evaluar las características de la ansiedad y depresión en pacientes ingresadas en el servicio de Fertilidad de la Maternidad Concepción Palacios con diagnóstico de infertilidad mediante la aplicación del cuestionario de Hamilton y la encuesta de Beck, durante el período mayo octubre de 2016.

### **Objetivos específicos**

1. Calcular la frecuencia de ansiedad y depresión en el grupo de pacientes evaluadas.
2. Evaluar los factores predisponentes para la presencia de ansiedad y depresión en las pacientes del servicio de fertilidad
3. Describir la severidad de la ansiedad y la depresión mediante el cuestionario de Hamilton y la encuesta de Beck.
4. Calcular la sensibilidad y especificidad de ansiedad y depresión del instrumento autoaplicado (encuesta de Beck) en relación al instrumento aplicado por el médico (cuestionario de Hamilton).

### **Aspectos éticos**

Considerando que el Trabajo Especial de Grado se llevó a cabo en el Servicio de Fertilidad de la Maternidad Concepción Palacios, el protocolo de trabajo del mismo se presentó ante el Comité Académico y de Bioética de la institución, tomando en

cuenta las directrices, modificaciones y sugerencias necesarias para su correcta culminación.

Debido a la necesaria interacción con pacientes para el adecuado desarrollo de la investigación, fue imperativo cumplir los principios básicos de bioética de Helsinki, universalmente establecidos, garantizando así el resguardo de la identidad de cada paciente incluida en este estudio.

Para cumplir detalladamente con dichos principios, se estableció el siguiente orden de ideas. Para la inclusión en el trabajo, a todas las pacientes que acudieron a la consulta se les informó detalladamente sobre los objetivos, beneficios, implicaciones e importancia de esta investigación, recalcando el deseo voluntario de participar, libres de coacción de ninguna clase o especie, con la posibilidad de retirarse en cualquier momento del estudio si así fuere su elección, de manera de obtener su consentimiento informado (Anexo 5), respetándose así el principio de autonomía.

Debido a que el núcleo del trabajo fue analizar los factores de riesgo para presentar ansiedad y depresión por las mujeres infértiles, se pudo tener un mejor conocimiento y comprensión de la dimensión real del problema, aportando herramientas para el manejo médico adecuado, prevención, diagnóstico precoz, y atención psicológica oportuna, enmarcándose así el principio de beneficencia.

Por la naturaleza del medio para recabar la información, sin interferir directa o indirectamente en sus opiniones ni resultados, no se planteó de ninguna manera la realización de pruebas, exámenes ni procedimientos diagnósticos que pudieran generar un riesgo potencial o real a alguna de las participantes de este estudio, garantizando de esta forma el principio de la no maleficencia.

Y por último, debido a que todas las pacientes recibieron por igual la información, aclaratorias y beneficios de esta investigación, sin distinción de clase social, raza, religión o ideología, se hará valer el principio de justicia social.

## **MÉTODOS**

### **Tipo de estudio.**

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, comparativo.

### **Población y muestra:**

La población estuvo representada por pacientes que acudieron y fueron evaluadas en el servicio de fertilidad de la Maternidad “Concepción Palacios”, estimada por aproximadamente 900 pacientes al año. Se seleccionó una muestra no probabilística de 75 pacientes.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes mujeres en edad fértil (18 – 40 años).
- Pacientes con diagnóstico de infertilidad.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes diagnosticadas con patologías psiquiátricas previamente establecidas.
- Pacientes que no sepan leer, ni escribir.

### **Procedimiento**

Una vez captadas las pacientes que acudieron al servicio de Fertilidad de la Maternidad Concepción Palacios, se les explicó detalladamente sobre la elaboración y desarrollo de la investigación, los objetivos, beneficios, implicaciones e importancia de esta investigación, recalcando el deseo voluntario de participar, y se les suministró un formulario de consentimiento informado (Anexo 5), posteriormente se llenó una ficha de registro donde se interrogó los probables factores predisponentes para la presencia de ansiedad y depresión (Anexo 6); se les administró a la paciente una encuesta autoaplicada para medir niveles de depresión y ansiedad (BDI y BAI; anexo 1 y 2, respectivamente), y, a continuación durante la evaluación de la paciente el médico aplicó un cuestionario para medir niveles de depresión y ansiedad (HAM-Dy HAM-A,

anexo 3 y 4 respectivamente), posteriormente los investigadores procedieron a la evaluación y comparación de ambos instrumentos aplicados a las pacientes, según el puntaje obtenido. Para la evaluación de los factores predisponentes, se consideró a las pacientes diagnosticadas con el cuestionario de Hamilton, por ser el más utilizado, aplicado por el personal médico. Los resultados fueron incluidos en la ficha de registro e informados al servicio de Fertilidad con la finalidad de canalizar en el servicio de Psiquiatría aquellas pacientes que requirieron un manejo por el mismo.

**Tratamiento estadístico adecuado:**

Para la comparación de Beck y Hamilton, tanto para depresión como ansiedad, se aplicó prueba de Mc Nemar. Para comparar las medias de edades según ansiedad y depresión, se aplicó la prueba T de Student para muestras independientes. En los factores predisponentes para depresión y ansiedad, a todas estas variables, que son nominales, se le aplica chi-cuadrado de Pearson. En la distribución comparativa según la severidad se aplicó una prueba llamada “prueba de homogeneidad marginal”.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de las pacientes con diagnóstico de depresión y ansiedad según ambos instrumentos. Se observa que 65 pacientes (86,6 %) según la encuesta de Beck y 58 pacientes (77,3 %) según el cuestionario de Hamilton presentaron depresión ( $P=0,117$ ). Así mismo, 68 pacientes (90,6 %) según la encuesta de Beck y 69 pacientes (92 %) según el cuestionario de Hamilton tienen diagnóstico de ansiedad ( $P=0,772$ ).

En la tabla 2 se presentan los factores predisponentes para depresión evaluados. El promedio de edad de las pacientes con depresión es de 30,79 años y las que no tenían depresión 29,5 años ( $P=0,305$ ). Dentro de las pacientes con depresión había 13 (22,4 %) que tuvieron embarazos previos a término, 32 (55,1 %) con alguna pérdida gestacional anterior y 16 (27,5 %) con antecedente de tratamiento para infertilidad. En el grupo de las no deprimidas, 2 (11,7%) tuvieron embarazos previos, 6 (35,2) tuvieron pérdida gestacional previa y 3 (17,6 %) de las pacientes fueron sometidas a tratamiento previo por infertilidad ( $P= 0,334, 0,149$  y  $0,407$ , respectivamente).

En la tabla 3 se presentan los factores evaluados que se consideran predisponentes para ansiedad. El promedio de edad de las pacientes con diagnóstico de ansiedad fue 30,77 años y el de las pacientes sin diagnóstico de ansiedad fue 27,50 años ( $P=0,084$ ). Entre las 69 pacientes infértiles con diagnóstico de ansiedad, 13 (18,8 %) tenían embarazos previos, 37 (53,6 %) tenían antecedente de pérdida gestacional y 19 (27,5 %) referían tratamiento de infertilidad previo. Entre las que fueron diagnosticadas como no ansiosas, 2 (33,3 %) tuvieron embarazos previos, 1 (16,6 %) tuvo antecedente de pérdida gestacional y ninguna refirió tratamiento previo para infertilidad ( $P=0,395, 0,082$  y  $0,136$ , respectivamente).

En la tabla 4 se observa la severidad de la depresión en forma comparativa, según ambos instrumentos. Según la encuesta de Beck, 50 pacientes (66,6 %) presentaron depresión severa y 11 (14,6 %) depresión grave. Según el cuestionario de Hamilton,



37 pacientes (49,3 %) presentaron depresión moderada y 17 (22,6 %) depresión baja. Ningún caso fue considerado como muy severo ( $P=0,001$ ).

Al evaluar la severidad de la ansiedad en forma comparativa entre los dos instrumentos se observa que, según la encuesta de Beck, 40 pacientes (53,3 %) presentaron ansiedad moderada y 28 (37,3 %) ansiedad grave. Según Hamilton, 45 (65 %) presentaron ansiedad moderada y 10 (13,3 %) ansiedad severa ( $P=0,001$ ) pudiendo observarse en la Tabla 5.

Se calcularon los índices de eficacia de las encuestas de Beck para el diagnóstico de depresión y ansiedad y se presentan en la tabla 6. Para depresión, la sensibilidad fue 94 % y la especificidad 41 %. Para ansiedad, la sensibilidad fue 92 % y la especificidad 28 %.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico de la infertilidad es un acontecimiento vital estresante crónico que provoca alteraciones emocionales en las personas que la padecen. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye a la infertilidad dentro de las enfermedades crónicas; sin embargo, la realidad clínica demuestra que a pesar de todo esto, las parejas con problemas de infertilidad, presentan reacciones emocionales ante su enfermedad que han sido incluso igualadas a las que presentan pacientes con patologías como la oncológica. Algunos estudios han demostrado que la incidencia de depresión entre las mujeres infértiles duplica la observada en la población femenina general. <sup>(3)</sup>

En el presente estudio se planteó evaluar las características de ansiedad y depresión en las pacientes con infertilidad, ingresadas para su estudio y tratamiento, en el Servicio de Fertilidad de la Maternidad Concepción Palacios; estos diagnósticos son muchas veces olvidados y de importante relevancia para el tratamiento que se desee adoptar.

Se utilizaron dos tipos de instrumentos, uno autoaplicado, la encuesta de Beck, tanto para ansiedad como para depresión, y el otro, aplicado por el médico, también para ambas patologías. Ambos cuestionarios permitieron diagnosticar una elevada prevalencia de depresión y ansiedad, sin diferencias significativas entre ellos. Esto representa un hallazgo de gran importancia por cuanto se requiere de una evaluación rápida y oportuna que permita establecer el diagnóstico, en un servicio conducido por médicos ginecólogos, especialistas en fertilidad, con poca experiencia en la detección de estas psicopatologías. En esta situación, la encuesta autoaplicada puede ser útil, independientemente de que en la consulta de fertilidad no esté presente un psicólogo o médico psiquiatra, tal como lo demuestran los resultados obtenidos, en los que la frecuencia de depresión y ansiedad fue similar con ambos cuestionarios.

A pesar de haber demostrado la utilidad de la encuesta de Beck, para efectos del análisis y de la evaluación de los factores predisponentes, se consideraron como

deprimidas o ansiosas a las mujeres diagnosticadas con el cuestionario de Hamilton debido a que este evalúa de una forma más objetiva los síntomas, mientras que la encuesta de Beck lo realiza de una forma subjetiva. Esta prueba es considerada de mayor valor diagnóstico por ser aplicada por el médico, especialista o no, quien puede, en un momento dado, interpretar las respuestas de la paciente, aclarando que el diagnóstico siempre es clínico, es decir, son los síntomas que presenta el individuo y la evaluación clínica minuciosa de un médico de familia, psiquiatra o psicólogo clínico, los que permitirán establecer este diagnóstico.

En esta serie se obtuvo una prevalencia de depresión de 77,3 %. En el trabajo realizado por Chen *et al.*<sup>(6)</sup> encontraron que la prevalencia de psicopatías en pacientes infértiles es de 40 % y entre esas pacientes 63 % tenían cuadros de depresión mayor. Otros autores han señalado cifras parecidas.<sup>(10)</sup> En relación a la ansiedad, se encontró una frecuencia de 92 %. En el grupo de Chen *et al.*<sup>(6)</sup> más del 80 % de las mujeres infértiles, con psicopatologías asociadas, presentaron ansiedad generalizada.

Las diferencias en la frecuencia de los cuadros de depresión y ansiedad entre esta serie (77 % y 92 %) y las señaladas en la literatura, que en todo caso rondan alrededor del 50 %, puede explicarse considerando la presencia de otros factores que influyen en el diagnóstico. Bien es conocida la difícil situación económica y social que se vive actualmente en el país, la cual pudiera ser determinante en la depresión y ansiedad de las pacientes venezolanas, puesto que a la situación misma de la infertilidad, deben sumar la angustia y el estrés consecuencia de las dificultades que enfrentan día a día.

Domar *et al.*<sup>(3)</sup> en su estudio concluyeron que las mujeres infértiles presentaban niveles de depresión y ansiedad equivalentes a otros problemas de salud/enfermedad como el cáncer y el sida, o alteraciones cardiovasculares. La estadística muestra que el 50 % de las parejas que presentan infertilidad tienen depresión. Otros estudios enfatizan la importancia de la depresión en el tratamiento y el apoyo psicológico principalmente tratándose de mujeres que se someten a programas de reproducción asistida.<sup>(7,20,24)</sup>

Es bien conocido que las mujeres se deprimen con más facilidad y algunos estudios que apoyan la noción del impacto de la infertilidad en la función psicológica de la persona han demostrado que la incidencia de depresión en mujeres infértiles es el doble de la observada en la población femenina general. <sup>(34)</sup>

Cuando la infertilidad provoca en la esfera emocional de la mujer el desarrollo de un episodio depresivo, por lo general se debe al estrés y ansiedad a la que esta se enfrenta, así mismo las presiones familiares y sociales la hacen sentir, moralmente devaluada y personalmente inútil en el cumplimiento de su rol como madre, afectando gravemente su autoestima. Su sentido de autoeficacia decae totalmente y se siente marginada. A lo largo del tiempo se ha enfatizado la importancia de la maternidad en el rol de mujer en la sociedad, y la infertilidad se ha visto como una situación adversa que derrumba su proyecto de vida. Igualmente otras creencias provocan que las mujeres infértiles se sientan devaluadas, menos mujeres, inútiles, incompetentes e incompletas.

Ahora bien, a pesar de que muchos autores establecen la elevada prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres infértiles, no todos los estudios lo demuestran. Verhaak *et al.* <sup>(35)</sup> realizaron, en el año 2002, una revisión de 706 trabajos y la conclusión general a la que llegaron es que la prevalencia de dichos trastornos no difiere entre la población infértil y general, y que existen características multidimensionales del ajuste emocional cuando no se da el embarazo. A pesar de ello, destacan la importancia de realizar una evaluación psicológica que permita detectar mujeres con vulnerabilidad psicopatológica con el fin de ofrecerles el apoyo psicológico necesario. En otra revisión realizada por Moreno-Rosset *et al.* <sup>(9)</sup> sobre estudios que analizan la relación entre factores psicológicos e infertilidad, destacan que las distintas reacciones de estrés pueden interferir en la fertilidad y que la ansiedad y la depresión pueden producir cambios en la tasa cardíaca y en el cortisol, pudiendo ser factores de predicción de la disminución de probabilidad de embarazo, motivos por lo que sugieren la inclusión de la atención psicológica en los tratamientos de reproducción asistida con el fin de optimizar el éxito del embarazo.

En el caso de la infertilidad la mujer piensa, siente y actúa en forma distinta que el hombre. Así mismo experimentan un mayor número de emociones negativas como la soledad, culpa y rabia, además tienden a perder la concentración y experimentar alteraciones en la relación sexual, de pareja y bienestar propio. Las mujeres experimentan un grado de estrés más elevado ante el diagnóstico de infertilidad incluso aun cuando el motivo de infertilidad no sea el factor femenino. Esto se debe posiblemente a un complejo de inferioridad física y la opinión externa a la familia. Se ha demostrado como factores de riesgo para depresión y ansiedad en la infertilidad: el sexo femenino, la edad mayor de 30 años, un menor nivel de educación, la falta de actividad profesional, el diagnóstico de infertilidad masculina y la duración de la infertilidad de 3-6 años.<sup>(20)</sup> En la presente serie, se detectó que ninguno de esos factores influyó significativamente en el desarrollo de la depresión ni en la presencia de ansiedad, motivo por el cual no se puede establecer dentro de la población de mujeres infértiles un grupo que presente una característica específica o factor predisponente para determinar que presentará un cuadro de depresión o ansiedad; por el contrario se debe evaluar, en general, a todas las pacientes, por medio de la aplicación de un instrumento especial para ansiedad y para depresión, para ofrecer un mejor manejo médico al tener la posibilidad de seleccionar las pacientes que requieran evaluación por un psiquiatra, integrando ambas especialidades dentro del tratamiento de infertilidad, mejorando de esta manera los resultados del mismo, probablemente con mayor tasa de éxito.

Se evaluó la severidad de depresión y ansiedad, utilizando ambos instrumentos para cada cuadro. Según Beck, la severidad de ambas patologías es mayor. Como ya se señaló, ambos instrumentos son igualmente buenos para hacer el diagnóstico puesto que no hubo diferencias significativas en la frecuencia del mismo; sin embargo, la severidad es diferente según el instrumento. Esto quiere decir que, de usarse solo la encuesta de Beck, las pacientes pueden ser erróneamente clasificadas como cuadros severos, sin serlo en realidad, y ello podría influir en el tratamiento indicado, el cual a su vez pudiera afectar los resultados del tratamiento de infertilidad. Considerando este aspecto, lo recomendable sería emplear la encuesta de Beck para seleccionar las pacientes que requieren consulta o evaluación psiquiátrica, en la

cual se catalogaría la severidad del cuadro y se tomarían las decisiones en relación al tratamiento.

Al revisar las cifras de sensibilidad y especificidad de la encuesta de Beck para depresión, se observa una elevada sensibilidad (94 %) pero una baja especificidad (41 %). Similares resultados se obtuvo para la encuesta de Beck en el diagnóstico de ansiedad (92 % de sensibilidad y 28 % de especificidad), lo cual indica que ambos instrumentos se pueden utilizar para captar pacientes enfermos, pero son mal recurso para descartar pacientes sanos, probablemente porque la paciente no entiende las preguntas y contesta lo que cree conveniente a diferencia del cuestionario de Hamilton en donde se le explica a la paciente cada síntoma; otro motivo por el que puede fallar es la probable desinhibición de la paciente al momento de llenar la encuesta de Beck, por no sentirse intimidada ante el juicio del médico; sin embargo es importante la aplicación del instrumento en la consulta de fertilidad debido a que el médico del servicio no es especialista en psicopatología y, como ya se describió, la encuesta puede dar una señal de alerta, que permitiría a la paciente ser referida al servicio de psiquiatría en donde se le haría el diagnóstico definitivo y de este modo se optimizaría el manejo médico integral de la paciente. Aún mejor, en todo servicio de fertilidad debería haber un médico especialista en psiquiatría que acompañe a la paciente durante su tratamiento, desde el momento en que acude a la consulta con dudas e incertidumbre, en el momento del diagnóstico y durante el tratamiento que, por lo general, suele ser largo.

El desconocimiento o falta de información sobre el tema de la infertilidad, aunado a trastornos psicológicos, provocará en una mujer trastornos o emociones negativas más fuertes por lo tanto, mientras más recursos informativos tenga, mayor será su capacidad para afrontar el problema de forma positiva y así mismo podrá obtener un diagnóstico correcto que la lleve a escoger el tratamiento que más le favorezca, según sea su caso. La ignorancia sobre el tema demora la realización de un diagnóstico y el inicio del tratamiento, donde se debe incluir la ayuda multidisciplinaria para cada paciente.

Una vez analizados los resultados, se puede concluir que la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes infértiles es elevada. No se detectaron factores predisponentes específicos. Se encontró que ambos instrumentos son útiles para el diagnóstico de depresión y/o ansiedad, pero con la encuesta de Beck tanto la depresión como la ansiedad, son evaluadas como más severas que con el cuestionario de Hamilton. La encuesta de Beck tiene elevada sensibilidad y baja especificidad para ambos diagnósticos.

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestro tutor, el Doctor Simón Pineda, por su ayuda incondicional en esta etapa, por hacernos parte de su conocimiento, y recordarnos que el manejo de toda paciente es integral, y que cualquier patología médica tiene repercusión psicológica.

A la Doctora Mireya González Blanco, por dedicar su valioso tiempo a brindarnos la oportunidad de recurrir a su experiencia científica y sugerencias para desarrollar este trabajo de grado.

A la Doctora Sheila Rodríguez y al servicio de fertilidad por el apoyo brindado, y a las pacientes del servicio por el valioso tiempo otorgado para formar parte del estudio, de modo que podamos brindarle una mejor atención médica.

A nuestros compañeros y ahora colegas, por brindarnos una mano amiga y su apoyo para culminar esta meta.



## REFERENCIAS

1. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren K. International estimate of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod.* 2007; 22: 1506-1512.
2. Bunting L, Boivin J. Decision-making about seeking medical advice in an internet sample of women trying to get pregnant. *Hum Reprod.* 2007; 22: 1662-1668.
3. Domar A, Zuttermeister P, Freidman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1993; 14:45-52.
4. Antequera R, Moreno-Rosset, Jenaro C, Ávila A. Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo.* 2008; 29 (2): 167-175.
5. Domínguez R. Psicología e infertilidad. *Rev Med.* 2002; 13(1):2-7.
6. Chen T, Chang S, Tsai C, Juang K. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproduction technique clinic. *Hum Reprod* 2004; 19: 2313-2318.
7. Meléndez J, Carmona F, Bravo C, Almaraz C, Espíndola J. Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles. *Ginecol Obstet Mex.* 2007; 75:133 – 141
8. Ozkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2006; 33 (1): 44-46.
9. Moreno-Rosset C, Martín M. La ansiedad en parejas fértiles e infértiles, *Ansiedad y Estrés*, 2008, 14-28.
10. Borrás S, Ritter E. Conductas de prevención y riesgo en parejas con problemas de infertilidad. Una propuesta de intervención conductual (inédito). Caracas: Artículo presentado en las VIII Jornadas de Investigación Humanística y Educativa, 2003.
11. Chandra A, Martinez GM, Mosher WD, Abma JC, Jones J. Fertility, Family Planning, and Reproductive Health of U.S. Women: Data from the 2002 National Survey of Family Growth. *Vital Health Stat* 23. 2005; (25):1-160.
12. Mondragón C, Alba L. Prevalencia de causas de infertilidad en una clínica nivel II de Cali, Colombia - 2002 a 2004, *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2008: 59 (1); 26-30.

13. Larsen U. Research on infertility: which definition should we use?. *Fertil Steril*. 2005; 83(4):846-852.
14. Brugo-Olmedo S, Chillik C, Kopelman S. Definición y causas de la infertilidad. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*. 2003; 54(4): 227-248.
15. Pagés G, Aller J, Infertilidad: Fisiología, Diagnóstico y Tratamiento. Amolca, Venezuela 2006, 547-570.
16. Fernández-Berrocal P, Berrios-Martos M, Extremera N, Augusto J. Inteligencia emocional: 22 años de avances empíricos. *Psicología Conductual*. 2012; 20 (1), 5-13.
17. Bermúdez M, Teva, I, Sánchez, A. Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*. Bogotá, 2013; 2 (1), 27-32.
18. Guerra D, Cómo afrontar la infertilidad. Barcelona: Planeta, 1998.
19. Dexeus S, Farré J. La mujer, su cuerpo y su mente. Guía de Psicología, Sexualidad y Ginecología. Madrid: Temas de Hoy. 2001
20. Drosdzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among Polish infertile couples--an evaluative prevalence study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;30(1):11-20
21. Covington S. Psychosocial evaluation of the infertile couples: implications for social work practice. *J Soc Work Hum Sexualit*. 1987; 6:21-36.
22. Mahlstedt P. The psychological component of infertility. *Fertil Steril*, 1985; 43(3):335-346.
23. Read J. Counselling for fertility problems. London: Sage Publications Ltd 1995.
24. De Liz TM, Strauss B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Hum Reprod*. 2005; 1320-1324.
25. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril*. 2000; 773-805.
26. Hall V. Depresión, fisiopatología y tratamiento. Centro Nacional De Medicamentos, 2003. Disponible en : <http://www.sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>
27. Depression. Internet Geneva: World Health Organization. 2007; Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)
28. Mata J. La neurosis de angustia, En: Amarista Felix, Mata J, *Psiquiatría Clínica*, Caracas: Disinli med; 2002; 163-176.

29. Alice Dr. Psychological stress and infertility. Up to date. 2011; 19-33.
30. Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI. Revista Psicología Científica.com, 5(12). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-110-1-lostrastornos-deansiedad-la-epidemia-silenciosa-del-siglo-.htm>
31. Aguilar E, Hidalgo M, Cano R, López J, Campillo M, Hernández J. Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos de inicio: características psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en este grupo. Anales de psiquiatría. 1995; 11(4): 121-125.
32. Ramos-Brieva J, Cordero V. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1986;14:324-334.
33. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badía X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y ansiedad. Medicina Clínica. 2002; 118:493-499.
34. Langer D. Aspectos psicológicos de la pareja infértil; Disponible en : <http://www.monografias.com/trabajos65/psicologia-pareja-infertil/psicologia-pareja-infertil.shtml>
35. Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaijmaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. Human Reprod Update. 2007; 13: 27–36.

## ANEXO 1

### ENCUESTA PARA MEDIR NIVELES DE DEPRESIÓN BECK (BDI)

En esta encuesta aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que elija. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección

1. a No me siento triste  
b Me siento triste  
c Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo  
d Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2. a No me siento especialmente desanimado con respecto al futuro  
b Me siento desanimado con respecto al futuro  
c Siento que no tengo que esperar nada  
d Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
3. a No me siento fracasado  
b Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas  
c Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso  
d Me siento una persona totalmente fracasado
4. a Las cosas me satisfacen tanto como antes  
b No disfruto de las cosas tanto como antes  
c Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas  
d Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5. a No me siento especialmente culpable  
b Me siento culpable en bastantes ocasiones  
c Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones  
d Me siento culpable constantemente
6. a No creo que esté siendo castigado

- b Me siento como si fuere a ser castigado
  - c Espero ser castigado
  - d Siento que estoy siendo castigado
7. a No estoy decepcionado de mi mismo
- b Estoy decepcionado de mí mismo
  - c Me da vergüenza de mí mismo
  - d Me detesto
8. a No me considero peor que cualquier otro
- b Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
  - c Continuamente me culpo por mis faltas
  - d Me culpo por todo lo malo que me sucede
9. a No tengo ningún pensamiento de suicidio
- b A veces pienso suicidarme, pero no lo cometería
  - c Desearía suicidarme
  - d Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10. a. No lloro más de lo de costumbre.
- b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
  - c. Ahora lloro todo el tiempo.
  - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- b. Las cosas me irritan más que de costumbre
  - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
  - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interés por otras cosas.
- b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
  - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
  - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.
- b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
  - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
  - d. Ya no puedo tomar decisiones.

14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.  
b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.  
c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.  
d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.  
b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.  
c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.  
d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.  
b. No puedo dormir tan bien como solía.  
c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.  
d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.  
b. Me canso más fácilmente que de costumbre.  
c. Me canso sin hacer nada.  
d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.  
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.  
c. Mi apetito esta mucho peor ahora.  
d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.  
b. He rebajado más de dos kilos y medio.  
c. He rebajado más de cinco kilos.  
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.  
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.  
c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.

- d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.
- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
  - b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
  - c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
  - d. He perdido por completo el interés en el sexo.

## **ANEXO 2**

### **Encuesta de Ansiedad de Beck:**

Por favor, conteste a los siguientes ítems seleccionando la respuesta que considere adecuada. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección:

01.-Insensibilidad física o cosquilleo

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

02.-Acaloramiento

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

03.-Debilidad en las piernas

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

04.-Incapacidad para relajarme

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

05.-Temor a que suceda lo peor

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave



06.-Mareos o vértigo

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

07.-Aceleración del ritmo cardiaco

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

8.-Sensación de inestabilidad e inseguridad física

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

09.-Sensación de estar aterrorizado

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

10.-Nerviosismo

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

11.-Sensación de ahogo

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

12.-Temblor de manos

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

13.-Temblor generalizado o estremecimiento

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

14.-Miedo a perder el control

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

15.-Dificultad para respirar

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

16.- Miedo a morir

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

17.-Estar asustado

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

18.-Indigestión o malestar en el abdomen

- a. Ninguno

- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

19.-Sensación de irse a desmayar

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

20.-Rubor facial

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

21.-Sudor (no debido al calor)

- a. Ninguno
- b. Ligero
- c. Moderado
- d. Grave

## ANEXO 3

### ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HAM-D)

1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)
  0. Ausente
  1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado
  2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente
  3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto
  4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad
  0. Ausente
  1. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente
  2. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones
  3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad
  4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio
  0. Ausente
  1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida
  2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
  3. Ideas de suicidio o amenazas
  4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz
  0. Ausente
  1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora
  2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio
  0. Ausente
  1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche

2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)

6. Insomnio tardío

0. Ausente

1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse

2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades

0. Ausente

1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad, relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones

2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación

3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad

4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad

8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)

0. Palabra y pensamiento normales

1. Ligeramente retrasado en el diálogo

2. Evidente retraso en el diálogo

3. Diálogo difícil

4. Torpeza absoluta

9. Agitación

0. Ninguna

1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.

2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

10. Ansiedad psíquica

0. No hay dificultad

1. Tensión subjetiva e irritable

2. Preocupación por pequeñas cosas
3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla
4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática

0. Ausente
1. Ligera
2. Moderada
3. Grave
4. Incapacitante: signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: ~  
Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones,  
Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios: Hiperventilación  
suspiros. Frecuencia urinaria. Sudoración

12. Síntomas somáticos gastrointestinales

0. Ninguno
1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales

0. Ninguno
1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad
2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2

14. Síntomas genitales

0. Ausente
1. Débil
2. Grave
3. Incapacitante Síntomas como pérdida de la libido, trastornos menstruales

15. Hipocondría

0. No la hay
1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)

2. Preocupado por su salud
  3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.
  4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)
- A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)
    0. No hay pérdida de peso
    1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual
    2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)
  - B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)
    0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana
    1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana
    2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)
0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo
  1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.
  2. Niega que esté enfermo

## ANEXO 4

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

#### SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD

| Síntomas de los estados de ansiedad   | Ausente | Leve | Moderado | Grave | Muy grave /incapacitante |
|---|---------|------|----------|-------|--------------------------|
| 1. Estado de ánimo ansioso.<br>Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión(anticipación temerosa), irritabilidad                     | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                        |
| 2. Tensión.<br>Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                        |
| 3. Temores.<br>A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes                    | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                        |
| 4. Insomnio.<br>Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar                                | 0       | 1    | 2        | 3     | 4                        |



|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 5. Intelectual (cognitivo)<br>Dificultad para concentrarse, mala memoria   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Estado de ánimo deprimido.<br>Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Síntomas somáticos generales (musculares)<br>Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)<br>Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Síntomas cardiovasculares.<br>Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.  | 0 |   | 2 | 3 | 4 |
| 10. Síntomas respiratorios.<br>Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Síntomas gastrointestinales.<br>Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos,    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.   |   |   |   |   |   |
| 12. Síntomas genitourinarios.<br>Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Síntomas autónomos.<br>Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)<br>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## **ANEXO 5**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO (pacientes entre 18 y 40 años)**

Yo, \_\_\_\_\_, CI \_\_\_\_\_, expreso mi consentimiento de participar en forma voluntaria y sin coacción, en la investigación desarrollada por Carla Martínez y Venus Rangel, acerca de ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES INFÉRTILES, que consta de los siguientes pasos:

1. Al acudir al servicio de fertilidad, serán interrogadas acerca de su deseo voluntario a participar en este estudio.
2. Identificación de datos principales en la historia clínica aperturada en el servicio de fertilidad.
3. Se aplicará una encuesta de Beck la cual será autoaplicada y el cuestionario de Hamilton el cual será aplicada por el médico.
4. Dichos resultados se analizarán estadísticamente.
5. Todas las pacientes se mantendrán en control y seguimiento en el servicio de fertilidad.
6. Encontrándome conforme con la investigación:

---

Firma y cédula

## ANEXO 6

### Ficha de registro de los factores predisponentes:

1.-Nombre: \_\_\_\_\_

2.-Edad: \_\_\_\_\_

3.- Estado Civil: \_\_\_\_\_

4.-Paridad: \_\_\_\_\_

a) Paridad: \_\_\_\_\_

b) Perdida gestacional anterior: \_\_\_\_\_

c) Antecedente de tratamiento de fertilidad: \_\_\_\_\_

d) ¿Cuántos hijos tiene con la pareja actual? \_\_\_\_\_

e) ¿La pareja actual tiene hijos? \_\_\_\_\_

5 Nivel educativo: \_\_\_\_\_

6 Ocupación: \_\_\_\_\_

Tabla 1

Distribución de pacientes según el diagnóstico de depresión y ansiedad en ambos instrumentos

| Diagnóstico | Encuesta de Beck |      | Cuestionario de Hamilton |      | P     |
|-------------|------------------|------|--------------------------|------|-------|
|             | N                | %    | N                        | %    |       |
| Depresión   | 65               | 86,6 | 58                       | 77,3 | 0,117 |
| Ansiedad    | 68               | 90,6 | 69                       | 92   | 0,772 |

Tabla 2

## Factores predisponentes en pacientes con depresión

| Diagnóstico                        | Deprimidas |      | No deprimidas |      | P     |
|------------------------------------|------------|------|---------------|------|-------|
|                                    | N          | %    | N             | %    |       |
| Edad (años)                        |            |      |               |      | 0,522 |
| Menor de 30                        | 29         | 50   | 10            | 58,8 |       |
| Mayor de 30                        | 29         | 50   | 7             | 41,1 |       |
| Embarazo previo a término          | 13         | 22,4 | 2             | 11,7 | 0,334 |
| Nivel socioeconómico               |            |      |               |      | 0,109 |
| II                                 | 4          | 6,8  | -             | -    |       |
| III                                | 12         | 20,6 | 8             | 47   |       |
| IV                                 | 30         | 51,7 | 5             | 29,4 |       |
| V                                  | 12         | 20,6 | 4             | 23,5 |       |
| Pérdida gestacional anterior       | 32         | 55,1 | 6             | 35,2 | 0,149 |
| Tratamiento previo de infertilidad | 16         | 27,5 | 3             | 17,6 | 0,407 |
| Nivel educativo                    |            |      |               |      |       |
| Primaria                           | 29         | 50   | 9             | 52,9 | 0,976 |
| Básico                             | 22         | 37,9 | 6             | 35,2 |       |
| Diversificado                      | 7          | 12   | 2             | 11,7 |       |
| Ocupación                          |            |      |               |      | 0,233 |
| Ama de casa                        | 22         | 37,9 | 7             | 41,1 |       |
| Obrera                             | 24         | 41,3 | 3             | 17,6 |       |
| Estudiante                         | 5          | 29   | 3             | 17,6 |       |
| Profesional                        | 7          | 12   | 4             | 23,5 |       |
| Estado civil                       |            |      |               |      | 0,419 |
| Soltera                            | 7          | 12   | 3             | 17,6 |       |
| Casada                             | 31         | 53,4 | 6             | 35,2 |       |
| Concubinato                        | 20         | 34,4 | 8             | 47   |       |

Tabla 3

Factores predisponentes en pacientes con ansiedad

| Diagnóstico                        | Ansiedad |      | No ansiedad |      | P     |
|------------------------------------|----------|------|-------------|------|-------|
|                                    | N        | %    | N           | %    |       |
| Edad (años)                        |          |      |             |      | 0,240 |
| Menor de 30                        | 34       | 49,3 | 3           | 50%  |       |
| Mayor de 30                        | 35       | 50,7 | 3           | 50%  |       |
| Embarazo previo a término          | 13       | 18,8 | 2           | 33,3 | 0,395 |
| Nivel socioeconómico               |          |      |             |      | 0,110 |
| II                                 | 4        | 5,7  | -           | -    |       |
| III                                | 17       | 24,6 | 3           | 50   |       |
| IV                                 | 32       | 46,3 | -           | -    |       |
| V                                  | 16       | 23,1 | 3           | 50   |       |
| Pérdida gestacional anterior       | 37       | 53,6 | 1           | 16,6 | 0,082 |
| Tratamiento previo de infertilidad | 19       | 27,5 | -           | -    | 0,136 |
| Nivel educativo                    |          |      |             |      | 0,499 |
| Primaria                           | 32       | 46,3 | 4           | 66,6 |       |
| Básico                             | 27       | 39,1 | 2           | 33,3 |       |
| Diversificado                      | 10       | 14,4 | -           | -    |       |
| Ocupación                          |          |      |             |      | 0,174 |
| Ama de casa                        | 26       | 37,6 | 3           | 50   |       |
| Obrera                             | 26       | 37,6 | -           | -    |       |
| Estudiante                         | 7        | 10,1 | 2           | 33,3 |       |
| Profesional                        | -        | -    | 1           | 16,6 |       |
| Estado civil                       |          |      |             |      | 0,959 |
| Soltera                            | 9        | 13   | 1           | 16,6 |       |
| Casada                             | 34       | 49,2 | 3           | 50   |       |
| Concubinato                        | 26       | 37,6 | 2           | 22,3 |       |

Tabla 4

Distribución comparativa de pacientes según la severidad de la depresión medida con ambos instrumentos

| Diagnóstico      | Encuesta de Beck |      | Cuestionario de Hamilton |      |
|------------------|------------------|------|--------------------------|------|
|                  | N                | %    | N                        | %    |
| Baja             | 10               | 13,3 | 17                       | 22,6 |
| Leve/Ligera      | 2                | 2,6  | 9                        | 12   |
| Moderada         | 2                | 2,6  | 37                       | 49,3 |
| Severa           | 50               | 66,6 | 12                       | 16   |
| Grave/Muy severa | 11               | 14,6 | -                        | -    |

P =0,001



Tabla 5

Distribución comparativa de pacientes según la severidad de la ansiedad medida con ambos instrumentos

| Diagnóstico  | Encuesta de Beck |      | Cuestionario de Hamilton |      |
|--------------|------------------|------|--------------------------|------|
|              | N                | %    | N                        | %    |
| Normal/Baja  | 7                | 9,3  | 6                        | 8    |
| Leve         | -                | -    | 14                       | 18,6 |
| Moderada     | 40               | 53,3 | 45                       | 65   |
| Grave/Severa | 28               | 37,3 | 10                       | 13,3 |

P =0,001

Tabla 6

Valores de eficacia de las encuestas de Beck

|                              | Depresión | Ansiedad |
|------------------------------|-----------|----------|
| Sensibilidad                 | 94        | 92       |
| Especificidad                | 41        | 28       |
| Valor de predicción positivo | 84        | 92       |
| Valor de predicción negativo | 70        | 28       |