



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL DE LA MUJER

**“ANSIEDAD Y DEPRESION EN PAREJAS CON ESTERILIDAD DURANTE UN
PROCEDIMIENTO DE INSEMINACIÓN INTRAUTEINA”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA LA:**

DRA. ARELY BAZÁN SALINAS

Asesor: DR. CELSO DIÓGENES RAMÍREZ PALACIOS

MÉXICO, D.F., JULIO DE 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**Hospital
de la Mujer**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL DE LA MUJER

**“ANSIEDAD Y DEPRESION EN PAREJAS CON ESTERILIDAD DURANTE UN
PROCEDIMIENTO DE INSEMINACIÓN INTRAUTEINA”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA LA:

DRA. ARELY BAZÁN SALINAS

Asesor: DR. CELSO DIÓGENES RAMÍREZ PALACIOS

Dr. Celso Diógenes Ramírez Palacios
ASESOR DE TESIS

Dr. Esteban García Rodríguez
PROFESOR TITULAR

Dra. María de Lourdes Martínez Zúñiga
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DEDICATORIA

A MIS PADRES Y HERMANAS

ARELY BAZAN SALINAS

DEDICATORIA

A MIS PADRES Y HERMANAS

SABIENDO QUE NO EXISTIRA
UNA FORMA DE AGRADECER
TODA UNA VIDA DE SACRIFICIOS
Y ESFUERZOS, QUIERO QUE
SIENTAN QUE EL OBJETIVO
LOGRADO TAMBIEN ES SUYO Y
QUE LA FUERZA QUE ME AYUDO
A CONSEGUIRLO FUE SU APOYO.

AGRADECIMIENTO

AL DR RAMIREZ PALACIOS POR
APOYO, ENSEÑANZAS POR SUS
RECOMENDACIONES Y
CONOCIMIENTO

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	5
MARCO TEORICO.....	7
CAUSAS DE INFERTILIDAD.....	8
ANSIEDAD.....	9
ETIOLOGIA DE LA ANSIEDAD.....	10
ANSIEDAD EN MEDICINA REPRODUCTIVA.....	11
PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	11
LA ANSIEDAD DE CULPA.....	11
ANSIEDAD DE SEPARACION.....	11
LOS SINTOMAS CARACTERISTICOS DE LA ANSIEDAD Y DEPRESION.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
JUSTIFICACION.....	18
HIPOTESIS.....	18
OBJETIVO GENERAL.....	19
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	19
MATERIAL Y METODOS.....	19
TIPO DE ESTUDIO.....	20
CRITERIOS DE INCLUSION.....	20
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSION.....	24
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFIA.....	26
ANEXOS.....	28

INTRODUCCIÓN

El estudio de la pareja estéril está continuamente sometido a revisión, ya que los avances en materia de reproducción asistida han llevado a tener mejores alternativas, así como a la necesidad de una adecuada selección de casos. Los porcentajes que actualmente se manejan son alarmantes, ya que se calcula que el 15% de las parejas formalmente constituidas tienen un problema de infertilidad; también se acepta que entre ambos integrantes de la pareja estos porcentajes son compartidos.

Las técnicas de reproducción asistida se aplican cada vez más como parte del tratamiento de parejas con diagnóstico de infertilidad. Estas técnicas aumentan las tasas de embarazo debido, entre otras cosas, al incremento del número de ovocitos disponibles gracias a la acción de medicamentos que producen hiperestimulación ovárica, y también a la realización de técnicas de capacitación espermática que aumentan la cantidad de espermatozoides funcionalmente competentes en el sitio de fertilización.(10)

La inseminación artificial homóloga es uno de los procedimientos básicos en reproducción asistida que se ha utilizado durante más de un siglo como tratamiento en parejas con infertilidad. Actualmente sigue siendo una de las opciones terapéuticas más utilizadas. Las primeras inseminaciones artificiales se atribuyen a John Hunter, en Londres, y a Girault, en Francia, en 1838.(5)(11)

Al principio la indicación fundamental era en pacientes con factor cervical alterado o con factor masculino. Sin embargo, en la actualidad éstas se han extendido y se considera la primera opción en el tratamiento de la infertilidad de causa no determinada, endometriosis, o factor masculino leve o moderadamente alterado.(5)(10)

Las tasas de embarazo varían ampliamente; la literatura reporta datos desde 8 hasta 26% por ciclo. Estos resultados pueden modificarse en función de la indicación del procedimiento. En términos generales, se ha mencionado que las tasas de embarazo por ciclo, en pacientes a quienes se efectúa inseminación intrauterina, son del 15%, alcanzando una tasa acumulativa, incluso del 30 al 35% en cuatro ciclos.(11)(9)

Diferentes factores influyen en el resultado del tratamiento después de una estimulación ovárica con inseminación intrauterina, que incluyen: edad de la paciente, tiempo de infertilidad y factor alterado, protocolo de estimulación ovárica y número de folículos preovulatorios disponibles, parámetros seminales, método utilizado para la preparación del semen o capacitación espermática y número de inseminaciones realizadas. Aun existen algunos aspectos que no han sido suficientemente analizados y por tanto reciben manejo inapropiado. Entre ellos se encuentran los que conciernen a problemas psicológicos y psiquiátricos.(18)

Frecuentemente el personal médico tiene dificultad para determinar la presencia y la severidad de problemas psicológicos y psiquiátricos debido a la dificultad en la comunicación con muchos de estos pacientes; la presencia de estos trastornos dificulta la evolución integral del enfermo y genera angustia en la pareja.(18)

La ansiedad usualmente es definida como un estado de aprensión, incremento de la actividad motora e intensa actividad autonómica. Aunque es un fenómeno frecuentemente observado, raramente es diagnosticado como tal. Habitualmente se le considera como síntoma de un desorden inespecífico como puede ser la depresión. En ocasiones se presentan alteraciones de lenguaje. Finalmente, pueden ocurrir alteraciones perceptivas manifestadas por interpretaciones erróneas de la realidad, ilusiones o alucinaciones que se pueden desarrollar por un breve espacio de tiempo y que tienden a fluctuar a lo largo del día.(18)

Aunque debe buscarse un balance apropiado entre la estabilidad física y psicológica de los enfermos, ya que es conocido que ambos componentes se deterioran durante la enfermedad, la etiología precisa, la incidencia de los desórdenes mentales y sus efectos a largo plazo son desconocidos y frecuentemente minimizados por el personal que labora en estas áreas por lo que el enfoque terapéutico suele ser insuficiente o inapropiado (18)

Existe una relación importante entre los factores psicológicos de base y la probabilidad de embarazo luego de la inseminación intrauterina, La importancia de esto es que podrían existir programas de intervención que pudieran modificarlos.(2)(17)(14)

MARCO TEÓRICO

Se denomina inseminación artificial al depósito de espermatozoides, previamente preparados, sin efectuar un contacto sexual, con el fin de lograr un embarazo.

Se clasifica de varias maneras:

- Según el origen de los espermatozoides: de la pareja y de donador
- Según el tiempo transcurrido después de la obtención de la muestra: fresco o con criopreservación.
- De acuerdo con el sitio de depósito de la muestra: vaginal, cervical, intrauterina, tubaria, transuterina, intraperitoneal e intrafolicular.
- Si se efectúa en un ciclo natural o estimulado: sola o con estimulación ovárica controlada.(19)

La inseminación intrauterina incluye el depósito de espermatozoides previamente preparados dentro del útero, sin que se dé contacto sexual.

Existe evidencia sustentable en la bibliografía de que la inseminación intrauterina es el tratamiento de primera línea y el procedimiento con mejor costo-beneficio para infertilidad por factor masculino.(19)

La inseminación artificial homóloga se ha usado por muchos años para el tratamiento de parejas infértiles. Se realiza para aumentar la densidad de los gametos masculinos en el sitio de fertilización. Está indicada en: disfunción eréctil fisiológica, eyaculación retrógrada, hipospadias, impotencia y presencia de anticuerpos antiespermatozoides en el moco cervical, y en pacientes vaginismo y con endometriosis, entre otras.(19)(9)

Antes de realizar una inseminación se requiere una valoración mínima que verifique la permeabilidad tubaria, ovulación y características del útero. El factor más importante, respecto a posibilidad de embarazo, es la calidad de la muestra espermática: movilidad y morfología. La mayor parte de los autores está de acuerdo en que con menos de un millón de espermatozoides móviles o menos de 5% de formas normales, o menos de 4% con criterio estricto, la probabilidad de lograr un embarazo es muy baja.(19)(13)(12)

En estudios realizados en el Reino Unido se ha visto que la inseminación intrauterina se debe ofrecer a parejas con infertilidad inexplicable dada su efectividad y que comparada con la fertilización *in vitro* y transferencia embrionaria, es menos invasiva y requiere menos recursos.(19)

Se debe ofrecer a parejas con infertilidad con factor masculino, individualizando cada caso de acuerdo con lo referido, y debe realizarse con inducción de ovulación para aumentar las posibilidades de embarazo.(9)

Los procesos de lavado espermático, realizados durante la capacitación, eliminan prostaglandinas, agentes infecciosos, proteínas antigénicas, leucocitos, células geminales inmaduras y espermatozoides inmóviles. Esto puede aumentar la calidad espermática al disminuir la liberación de linfocinas o citocinas y al reducir la formación de radicales libres. El resultado final es una capacidad fertilizadora mejorada del espermatozoide *in vitro* e *in vivo*.

Existen parámetros que pronostican el éxito en la inseminación intrauterina. Éstos se relacionan con la mujer, el varón o la pareja en conjunto. El factor principal que se vincula con la mujer es la edad, ya que es indicador indirecto de la calidad del ovocito y diferentes estudios confirman su importancia en el éxito de la inseminación intrauterina. Otros factores importantes relacionados con el éxito es el número de folículos preovulatorios y el grosor endometrial (al momento de la ovulación), entre otros.(9)

Causas de infertilidad

Entre las causas de la infertilidad femenina como factores pronóstico, es difícil aislar cada una y medir su influencia en el éxito de la inseminación intrauterina. Un estudio retrospectivo de 1,728 ciclos de inseminación intrauterina, reportó que la ausencia de alteraciones pélvicas (principalmente las que están vinculadas con antecedentes de cirugía previa) se relaciona de manera directa con el éxito de la inseminación. Otro reporte de 2,473 ciclos identificó a la anovulación y a la infertilidad de causa no determinada como factores favorables en la inseminación intrauterina. Varios análisis retrospectivos revelan el efecto negativo que tienen la endometriosis y el factor tubario alterado sobre el éxito de la inseminación intrauterina.

Al igual que en la mujer, es difícil aislar y determinar el efecto de los parámetros masculinos en la tasa de embarazo con la inseminación intrauterina. La falta de unificación de los parámetros normales de la espermatobioscopia es otra de las causas que dificultan la evaluación de sus ventajas en el éxito de la inseminación intrauterina. Actualmente se considera que la concentración de espermatozoides móviles postcapacitación es el principal factor pronóstico de éxito.(9)

Los criterios de la Organización Mundial de la Salud, son los mejores (hasta ahora) para la normalización de la mayor parte de los parámetros seminales. La infertilidad ocasionada por afectación grave del factor masculino requiere técnicas de reproducción asistida de alta complejidad, más que de la inseminación intrauterina. Ésta ha demostrado una función importante en el tratamiento clínico de la subfertilidad masculina. La concentración y movilidad espermática poscapacitación son factores pronósticos muy importantes; sin embargo, se han propuesto otras variables.(9)

Por lo que respecta a los factores relacionados con la pareja, la duración de la infertilidad es de los más significativos. En un análisis de 260 ciclos de inseminación intrauterina se demostró que la tasa de embarazo (por ciclo) fue del 10% cuando la duración de la infertilidad era superior a 72 meses, pero si ésta era

inferior, la tasa aumentaba al 20%. Sin embargo, existen estudios que no demuestran esta relación.(9)

Varias publicaciones han intentado identificar el valor pronóstico de los diferentes parámetros reproductivos en las parejas infértiles. Se concluye que el valor que tiene la inseminación intrauterina (como tratamiento útil en parejas infértiles) radica más que en el depósito de una buena concentración espermática en el conducto uterino, en que confluyan o se den en la pareja una serie de factores que potencien las probabilidades de éxito o que pronostiquen la posibilidad con la que una pareja conseguirá el embarazo.(9)

Ansiedad

La ansiedad es una alteración psíquica caracterizada por un sentimiento de temor y de aprehensión que puede ser componente de enfermedad psiquiátrica o un desorden de ansiedad independiente y estar acompañado de componentes somáticos, alteraciones psíquicas e hiperactividad simpática. Es el resultado de un esfuerzo de adaptación inadecuado para resolver conflictos internos y puede generar fobias, reacciones de conversión, estados disociativos, obsesivos y compulsivos. La ansiedad se puede presentar en cualquier persona; puede ser transitoria o crónica o de ambas formas. Existen diversos tipos de trastornos por ansiedad: trastornos de pánico, fobias, desórdenes por ansiedad generalizados, trastorno mixto ansioso depresivo.(20)(21)

La ansiedad se diferencia del miedo en que este último es un sentimiento de inquietud y malestar suscitado por la presencia de un peligro. La presencia de ansiedad es variable en cada paciente y depende de varios factores: edad, sexo, estado socioeconómico, ocupación, estado físico; en el caso de la atención hospitalaria se presentan factores específicos que generan ansiedad: tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica, etcétera.

La preparación psicológica que se pueda ofrecer tiene gran influencia positiva en el estado anímico del paciente, pudiéndose observar en el mismo la disminución de su ansiedad cuantitativamente.

A pesar de que mucho se ha avanzado en la farmacología de los medicamentos empleados para abatir la ansiedad en este periodo, poco se sabe sobre la frecuencia o la etiología de la misma; por esto se han implementado estrategias para disminuir su aparición, como pueden ser la información audiovisual con material didáctico o la instrucción a través de hipnosis por medio de grabaciones.

La admisión de un paciente a un hospital genera ansiedad. En estudios previos se ha demostrado que, en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos una semana antes de su admisión. El simple hecho de estar involucrado en un medio desconocido como lo es el hospitalario, la deficiente comunicación por parte del personal intrahospitalario, la desinformación obtenida por terceras personas y, sobre todo, el impacto en la esfera familiar, afectiva, social, laboral y económica, pueden ser detonantes de ansiedad y, por lo tanto, presentarse antes de su ingreso al hospital.(20)

Cualquier paciente que ingresa a un hospital presenta angustia y ansiedad por el simple hecho de saberse enfermo y más aun cuando se le informa que será sometido a un procedimiento de diagnóstico o tratamiento, ya que para el enfermo en ocasiones le puede generar una sensación de riesgo para su vida. Es por esto que, en todo medio hospitalario, se debe llevar a cabo una revisión, planeación, supervisión, actualización y corrección de las vías por las cuales un paciente llega a consulta, hospitalización y quirófano para que sea disminuida la presencia o grado de ansiedad durante su estancia en el centro hospitalario. Es fundamental que el equipo multidisciplinario (administrativo, paramédico y médico) actúe de manera coordinada, brindando orientación e información suficiente al paciente y sus familiares de cada caso en particular.(20)

Aunque la ansiedad es una respuesta que se presenta normalmente frente a la percepción de una amenaza o peligro, y tiene como propósito la protección del organismo, es también una señal de que algo ha provocado un desequilibrio; “es un equivalente del dolor físico a nivel mental” y acompaña al individuo durante toda su vida, “estando presente en un amplio grupo de situaciones y conductas normales y anormales, así como en casi todas las enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas”. Se asocia con una amplia sintomatología física como palpitaciones, temblor, sensación de acortamiento de la respiración, sensación de ahogo, malestares gastrointestinales, sensación de desrealización, bochornos, miedo a morir, volverse loco o perder el control. Los síntomas afectivos se caracterizan por miedo y angustia, acompañados de disforia intensa, en tanto que los cognoscitivos conllevan en general un pensamiento catastrófico con la creencia de que se perderán el control y la salud física y mental.

Etiología de la ansiedad

La etiología de la ansiedad desde el enfoque biológico plantea la intervención de los sistemas de neurotransmisión adrenérgico y serotoninérgico, así como del sistema GABA/benzodiacepínico. Desde el punto de vista neuroanatómico, se plantea que la ansiedad, el miedo y las respuestas de escape y evitación se pueden explicar por medio de la filogenia animal, considerando algunas vías que ayudan a entender la etiología del trastorno de pánico; por ejemplo, la existencia de una “red neuroanatómica” centrada en la amígdala que interacciona con el hipocampo y la corteza prefrontal media.(4)(8)

Por otra parte, desde el punto de vista psicológico, la teoría del aprendizaje enfatiza la importancia de las contingencias ambientales que llevan a una presencia sostenida de las crisis de ansiedad; éstas se presentan después de la primera crisis, lo cual se considera como una “falsa alarma” o respuesta autónoma ante el estrés. Los sujetos biológicamente vulnerables a la ansiedad desarrollan la respuesta de crisis de pánico ante la presencia de estímulos discriminativos, sobre todo de carácter interoceptivo. Dicha respuesta conduce a la presencia de estímulos reforzadores, como las conductas evitativas, lo cual mantiene la presencia de las crisis. Este proceso de aprendizaje no se refiere únicamente al modelo tradicional de condicionamiento operante, sino que involucra, además,

pensamientos, expectativas, imaginación, anticipación, planeación y estrategias de afrontamiento.(4)(17)

El factor cognoscitivo central en el trastorno de pánico implica que los sujetos hagan una evaluación catastrófica de los síntomas de ansiedad, según la cual los perciben como más peligrosos de lo que lo son en realidad.(4)

Ansiedad en medicina reproductiva

Los aspectos emocionales y psicológicos, en general han sido poco estudiados en la población de parejas que tienen problemas de fertilidad. Suele aceptarse que los problemas reproductivos causan repercusiones en la esfera psicológica, pero aún se discute que el factor psicológico pueda ser causa de problemas de fertilidad.

Al iniciar este tipo de estudios, se sugirió que las mujeres con un rol femenino tradicional se muestran más ansiosas que los varones. Sin embargo, en buena medida lo anterior dependerá de las concepciones que se establezcan en torno a la relación entre masculinidad y paternidad, feminidad y maternidad.(6)

Perspectiva de género

La perspectiva de género hace referencia a la concepción académica, ilustrada y científica que sintetiza la teoría, la filosofía y la política liberadoras, creadas por las mujeres en la cultura feminista. El análisis de género feminista es detractor del orden patriarcal, contiene de manera específica una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes que se producen por la organización genérica originada en la desigualdad, la injusticia, y la jerarquía política de las personas basadas en el género. La categoría de cautiverio para el género femenino y la de dominio para el masculino no pueden escapar al ámbito de la medicina reproductiva y a la posibilidad teórica, cada vez más real, de utilizar embriones humanos con fines de investigación.(6)

La ansiedad de culpa

Se podría situar un primer momento del dominio patriarcal a través de la Iglesia y el control ejercido en la sexualidad y la reproductividad en la familia, y un segundo momento de dominio patriarcal cuando, al no ser suficiente lo anterior, utiliza la medicina reproductiva como agente de dominio sobre el cautiverio femenino: el cautiverio de madre-esposa.(2)(6)

Ansiedad de separación

Para la ansiedad de separación se puede considerar lo que despierta la serie de procedimientos que intervienen en la tan tecnificada medicina reproductiva: la sensación de soledad que puede experimentar un cuerpo humano al auto percibirse como un cuerpo biológico, como un objeto más de la tecnociencia al servicio de la reproducción humana. Soledad, aislamiento, pérdida de lo que se ha ganado o aislamiento de lo que está por ganarse a través de la técnica.(2)(6)

La preocupación por el establecimiento de los diagnósticos diferenciales ha sido un tema de especial interés a lo largo del desarrollo de la psicología y la psiquiatría, por ser un elemento fundamental para orientar los procesos clínicos y de investigación. No obstante, un primer obstáculo es el frecuente solapamiento de síntomas, que dificulta el establecimiento de las características propias de cada cuadro clínico.(6)

Los trastornos de ansiedad y depresión, están claramente definidos desde los manuales; sin embargo, la diferenciación clínica no es tan evidente, por lo que se dificulta distinguir entre ambos tipos de cuadros o identificar, en el curso de los mismos, cuál antecede al otro ya que se encuentra una fuerte asociación entre ellos. Adicionalmente, se plantea que muchos de los síntomas de la depresión pueden constituir un trastorno por sí mismos o formar parte de otros cuadros clínicos.(7)(6)

Los datos epidemiológicos, por su parte, corroboran la alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de depresión. Así, los resultados del Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), en Holanda, mostraron que 92% de los encuestados había experimentado síntomas de depresión, en igual proporción al porcentaje que también había experimentado ansiedad; esto dejó clara evidencia de la alta concurrencia entre ambos trastornos.(15)

En otros estudios se indica que dicha comorbilidad se detecta más entre adolescentes, de tal manera que entre 25 y 50% de los pacientes con depresión muestra comorbilidad con ansiedad, mientras que entre 10 y 15% de los jóvenes con ansiedad presenta comorbilidad con depresión, lo que indica la progresión del riesgo de comorbilidad de la infancia a la adolescencia. Otros datos registrados entre población clínica y población general, indican que alrededor de la mitad de las personas con trastorno depresivo mayor cumple criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad. Padecer un trastorno de ansiedad constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo mayor en el futuro.

En estudios mexicanos se ha indicado que una de cada cuatro personas con riesgo suicida, había consultado previamente al psiquiatra, por lo menos, una vez en el último año y más del 60% había sido diagnosticado con algún trastorno de ansiedad. Dichos estudios indican también la asociación entre consumo de drogas y suicidio. Las investigaciones muestran que el solapamiento de síntomas es bastante más evidente entre el trastorno depresivo mayor, el trastorno de pánico y la ansiedad generalizada, que con otros trastornos de ansiedad, lo que es ratificado por Goorwood, quien indica que hasta 80% de los pacientes que presenta ansiedad generalizada, desarrolla por lo menos un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida. González, Ibáñez y Cubas aportan datos sobre la ocurrencia simultánea de la ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad, así como ocurre con la depresión, por lo que se sugiere la necesidad de establecer criterios de diferenciación.

Los elementos anteriores obligan a pensar en una relación fundamental con la posibilidad de que la comorbilidad pueda, de alguna manera, explicarse a partir de los instrumentos utilizados para evaluar depresión y ansiedad respectivamente.

Los síntomas característicos de la ansiedad y la depresión: ¿un problema de los instrumentos de medida?

En la línea de la búsqueda de una explicación a la frecuente utilización de síntomas similares, tanto en la definición de la depresión como en la de ansiedad, un primer aspecto a considerar es el referido a las escalas de evaluación donde aparecen ítems similares, para evaluar constructos distintos, y también resulta recurrente en los estudios donde se indica que las altas tasas de ansiedad encontradas en los pacientes con depresión muestran la presencia simultánea de ambos trastornos, lo que de ser cierto no deja del todo satisfechos ni a los clínicos ni a los investigadores, ya que acarrea significativas consecuencias en la diferenciación de los dos tipos de trastorno.

Las dificultades en el diagnóstico suponen potenciales impedimentos para la práctica clínica y, en este sentido, señalan que la fiabilidad no es necesariamente equivalente a la validez. Por lo tanto, muestran cómo los principales componentes de un trastorno no pueden obtener el suficiente y adecuado énfasis si no son evaluados de manera fiable. De la misma manera se insiste en la importancia de establecer, en el panorama de la investigación y la epidemiología psiquiátricas, procedimientos diagnósticos estandarizados para poder hacer estimativos y comparaciones más fiables, ya que el grado de confusión entre trastornos está influenciado directamente por la presencia de ítems similares dentro del conjunto de los criterios definitorios.

Por lo anterior, en relación específica con la depresión, Spielberger, Ritterband, Reheiser y Brunner, plantean que la definición de la depresión y los criterios de diagnóstico están reflejados en el contenido de los ítems que se utilizan para evaluarla. Sin embargo, frente a este punto, ya señalaba Snaith que el principal problema con las escalas de depresión obedece a que no se valoran todos los criterios clínicos, sino que se privilegian aspectos característicos, aunque no siempre definitorios. En el mismo sentido, Friedman, Thase y Nezu, describen la existencia de múltiples pruebas para la evaluación de la depresión, caracterizadas por la variedad de contenidos que miden. En el mismo sentido, Peñate, Perestelo y Betencourth, indican que distintas variables intervienen en la génesis y explican la depresión a través de la determinación de problemas conceptuales importantes, en tanto que cada modelo genera formas específicas de evaluación y apoyo empírico particular. De igual forma, Van Lang encontró la asociación entre escalas de ansiedad y depresión, y denota la dificultad para establecer características específicas en ambos trastornos.

Otro elemento en relación con la comorbilidad, es el que se refiere a la influencia de los umbrales usados para determinar la presencia o ausencia de algún criterio dado y el umbral para el punto de corte, específicamente el número proporcional de criterios necesarios para establecer la presencia o ausencia del trastorno, lo

que hablaría de la sensibilidad de las pruebas empleadas. En este sentido, Peñate, Perestelo, Bethencourt y Rivera, Bernal y Roselló, califican como buenas parte de las medidas empleadas para evaluar la depresión, concretamente validadas en población no clínica, sobre la base de puntuaciones altas en medidas de autoinforme, lo que genera dificultades cuando se trata de discernir el nivel clínico del nivel de investigación.

Por otra parte, aunque es empíricamente soportada la teoría de que las mujeres son más propensas que los hombres al desarrollo de la ansiedad y la depresión, también podría considerarse esto como un factor importante en la medición, indicado así por muchos autores como un sesgo de género presente en muchas pruebas, lo que lleva al subregistro de la depresión y la ansiedad en el caso de los hombres, dadas las características de muchas pruebas que parecen evaluar rasgos típicamente femeninos, más que síntomas de ansiedad y depresión en sí mismos.

Podría pensarse que la razón para que se dé cierta “confusión” en cuanto a los síntomas que definen la depresión y la ansiedad, puede obedecer a un asunto terminológico. Conceptos como nerviosismo, miedo, preocupación, aprehensión, irritabilidad, agitación e inquietud, son utilizados en la definición de la ansiedad, pero de igual forma son utilizados dentro de la depresión, por lo que resultan ser fácilmente intercambiables entre ambos cuadros.

Down define como componentes de la depresión a las manifestaciones cognitivas, emocionales, vegetativas-fisiológicas y motivacionales, aunque insiste en que son los aspectos emocionales los que, tradicionalmente, se han asociado con este tipo de trastorno, por lo que se genera confusión con los síntomas de la ansiedad donde los aspectos emocionales también son relevantes. Clark y Watson indican que entre los significados de ansiedad y depresión se encuentran, por un lado, los estados de ánimo normales, como los síndromes y, por otra parte, las entidades diagnósticas específicas, por lo que aumenta la probabilidad de confusión. Siguiendo con la lógica anterior, se plantea que ambos trastornos (la ansiedad y la depresión) se han considerado desde perspectivas distintas que pueden recogerse en los siguientes aspectos: a) como diferentes puntos dentro del mismo continuo, b) como manifestaciones alternativas de una vulnerabilidad subyacente, c) como síndromes heterogéneos asociados, ya que son subtipos asociados, d) como fenómenos separados que pueden desarrollarse dentro del otro, sobre el tiempo, y e) como fenómenos conceptual y empíricamente distintos.

Se estima que al menos 90% de las personas evaluadas en estudios epidemiológicos, indican haber cumplido criterios para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad generalizada. Adicionalmente se plantea la dificultad para establecer el diagnóstico diferencial entre ansiedad generalizada y depresión, dado que tienen en común el afecto negativo.

Lo anterior pone en evidencia la utilidad de los modelos interesados en diferenciar la depresión y la ansiedad sobre la base de la existencia del Afecto Positivo y el Afecto Negativo, en concreto los modelos PANAS y Tripartito. Recientemente se

ha insistido en la necesidad de aumentar la sensibilidad de las pruebas para detectar bajos niveles de afectación sobre la diferenciación del afecto positivo.(3)

De acuerdo con lo anterior cabría preguntarse entonces ¿cómo puede hacerse el diagnóstico diferencial si se confluye en tantos síntomas e incluso si algunos síntomas definitorios de cada trastorno pueden estar ausentes?

Estos elementos, como ya se ha señalado, refuerzan la presencia de una serie de limitaciones a la hora de poder evaluar, de manera separada, estos dos tipos de trastornos (la ansiedad y la depresión), así como la dificultad para identificar casos de depresión “pura”. Estas condiciones hacen pensar en un factor general de vulnerabilidad del malestar psicológico, que podría dar cuenta de la alta tendencia en muchos pacientes para desarrollar tanto síntomas de ansiedad como de depresión. Por ello convendría analizar los modelos que han intentado encontrar los elementos comunes y distintivos entre ambas categorías, desde la perspectiva de un patrón general de vulnerabilidad, como forma de acercamiento al componente o componentes que permitieran explicar las confluencias y las diferencias.

Sin lugar a dudas, uno de los elementos donde parecen confluir las posturas que abogan por un factor común entre la ansiedad y la depresión, se encuentra representado en la noción de afectividad negativa que ya modelos como el PANAS y el tripartito, han descrito como compartido por ambas entidades clínicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El deseo del embarazo y la reproducción, así como el de tener un hijo propio, con frecuencia son parte de las expectativas de muchas parejas. Cuando éstas fallan, entonces las parejas enfrentan una problemática de la vida reproductiva, como es la esterilidad, definida como una alteración reproductiva no visible. Cuando hombres o mujeres no logran reproducirse, tal situación puede causarles problemas a nivel psicológico y social, que los llevará a una crisis emocional, ya que el descubrir que no logran conseguir un embarazo, puede representar una situación traumática para la cual la mayor parte de las personas no están preparadas.(1)

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

Para cambiar la esterilidad como foco central de la identidad de sus vidas, las personas estériles deben primero quitarse la esterilidad como parte de su autodefinición y aceptarla en su justa dimensión.

Numerosos autores se han dado a la tarea de investigar, describir y analizar el gasto emocional que trae consigo la esterilidad. Las áreas que son susceptibles de afectarse inician con una disminución de la autoestima, hasta alcanzar perturbaciones que modifican la relación con la familia y los amigos. En esencia, la esterilidad rompe con los proyectos de vida de una persona, trastoca sus esperanzas y metas reproductivas, debido a que destruye una de las leyes más conocidas de la naturaleza: la reproducción.(1)

Con la esterilidad se inicia una crisis psicológica, que en muchos casos, amenaza la estabilidad marital y las habilidades para manejar la propia vida; las relaciones interpersonales se afectan en forma adversa y permanente y, en ocasiones, hasta la propia salud física; se ha observado que las demandas de la esterilidad y sus tratamientos pueden exceder los recursos emocionales, físicos y financieros que posee una persona. (1)

Es de esperar, que no todas las mujeres vivan la imposibilidad de tener hijos de la misma manera. Sin embargo la experiencia de una maternidad frustrada es única y está determinada por el entorno social, por los factores psicológicos y por influencias familiares. Pero también, dicha experiencia no sólo es diferente en cada mujer, sino que cada una puede experimentarla de manera distinta: según la etapa de su vida, su edad, las condiciones de su matrimonio, el estado de

satisfacción con lo que hace y cómo lo hace, así como con su vida en general. No obstante, y a pesar de las variaciones descritas, los sentimientos y la experiencia individual, en cuanto a las manifestaciones afectivas en las mujeres estériles, son similares, ya que las reacciones se presentan en un continuo que van desde la desilusión moderada al dolor intenso. Es común, cuando existe la imposibilidad de tener hijos, encontrar la presencia de sentimientos de culpa, rabia, desesperación, vergüenza, autocompasión, celos, y muy especialmente, sensación de pérdida.(1)

La esterilidad se conjugan una serie de pérdidas que tiene importancia clínica, como factores etiológicos de la depresión, como: pérdida de la autoestima, de salud, de estatus, de autoconfianza, de seguridad. El concepto de pérdida es muy amplio y no sólo incluye a la muerte y la separación de figuras significativas en la relación interpersonal; sino también la pérdida de funciones.(1)

En las parejas que reciben un tratamiento prolongado por su esterilidad, los intentos infructuosos para concebir las presiones específicas debidas a su condición de infertilidad, llegan a afectar en mayor medida a las mujeres que a los hombres: las esposas reportan estar más afectadas directamente por el estrés específico del tratamiento, lo cual tiene efectos especiales en las mujeres, que incluyen alteraciones en su autoestima sexual, satisfacción sexual y sensación de control sobre el tratamiento.(1)

Los aspectos emocionales y psicológicos han sido, en general, poco estudiados en la población de las parejas que tienen problemas de fertilidad.

La ansiedad es un elemento constitutivo del ser humano y juega un papel importante para sobrevivir, independientemente de los problemas de fertilidad. Experimentar ansiedad es un estado común, casi tan antiguo como la humanidad misma. Las diferencias en los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres no son tan notables como cuando se habla de la depresión, pero las mujeres manifiestan por lo general mayores niveles de ansiedad. Suele aceptarse que los problemas reproductivos causan repercusiones en la esfera psicológica, lo que modificaría los niveles de ansiedad.

La ansiedad en el hombre dependerá también de las concepciones que se establezcan en torno a la relación entre masculinidad y paternidad: paternidad resignificada para el varón con un problema de fertilidad, entendiéndola desde lo genético (si aporta su propio esperma), desde lo social (si es el proveedor económico), o desde lo tradicional (al reunir las fases genética y social en sí mismo). Para la masculinidad tradicional se exalta la posibilidad del buen funcionamiento sexual y de la capacidad reproductiva, ya que “tener muchos hijos es una de las muchas funciones sociales constitutivas de una noción de capacidad”.(1)

Los efectos de estos trastornos a largo plazo son desconocidos y frecuentemente minimizados por el personal que labora en estas áreas por lo que el enfoque terapéutico suele ser insuficiente o inapropiado.(18)

Existe una relación importante entre los factores psicológicos de base y la probabilidad de embarazo luego de la inseminación intrauterina, La importancia de esto es que podrían existir programas de intervención que pudieran modificarlos.(18)

JUSTIFICACIÓN

Las parejas que reciben un tratamiento prolongado por su esterilidad, con intentos infructuosos para concebir las presiones específicas debidas a su condición de infertilidad, llegan a afectar en mayor medida a las mujeres que a los hombres: las esposas reportan estar más afectadas directamente por el estrés específico del tratamiento, lo cual tiene efectos especiales en las mujeres, que incluyen alteraciones en su autoestima sexual, satisfacción sexual y sensación de control sobre el tratamiento.(1)

Por lo anterior se decide realizar el presente estudio con el fin identificar la incidencia de ansiedad y depresión en las parejas con esterilidad durante un procedimiento de inseminación intrauterina; lo anterior con el fin de brindar una práctica ginecológica con un elevado nivel de competencia en beneficio de las pacientes que acuden a esta institución hospitalaria y la posibilidad de iniciar terapia psicológica, como parte del manejo integral de la infertilidad.

HIPÓTESIS

Las parejas con diagnóstico de esterilidad experimentan ansiedad y/o depresión relacionadas con un procedimiento de inseminación intrauterina.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general:

- Conocer la incidencia de ansiedad y depresión en las parejas con diagnóstico de esterilidad y que reciben un tratamiento de la misma con un procedimiento de inseminación intrauterina en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.

Objetivos específicos:

- Conocer la incidencia de ansiedad y depresión en las mujeres a quienes se les realiza un procedimiento de inseminación intrauterina.
- Conocer la incidencia de ansiedad y depresión entre los cónyuges de mujeres a quienes se realiza un procedimiento de inseminación intrauterina.
- Conocer la utilidad de aplicar el instrumento (cuestionario) utilizado en el presente estudio en forma rutinaria durante la atención de las pacientes que son atendidas en el Servicio de Esterilidad e Infertilidad del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Fueron seleccionadas mujeres que acuden al servicio de servicio de Esterilidad e Infertilidad del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, durante el periodo de 1 de abril al 30 de junio del 2012, para realización de inseminación intrauterina, como procedimiento para conseguir un embarazo. A ambos miembros de las parejas seleccionadas para el estudio se les invitó a participar en el mismo y se les explicó el motivo y la metodología y se les pidió que leyeran y, en caso de aceptar, firmaran el consentimiento informado diseñado específicamente. Posteriormente, después de que se les realizó el procedimiento de inseminación intreauterina, se les pidió que contestaran, de manera personal y por separado, el cuestionario que se usó como instrumento del estudio: “Cuestionario de medición de Ansiedad y Depresión “HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)”.

Tipo de estudio

El diseño de este estudio es descriptivo, transversal, prospectivo y observacional.

Criterios de inclusión

- Ser pareja en protocolo de estudio y tratamiento en la Clínica de Esterilidad e Infertilidad del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.
- Que el procedimiento de inseminación intrauterina sea con semen del cónyuge.
- Estar programados para la realización del procedimiento de inseminación intrauterina.
- Que ambos miembros de la pareja acudan para la realización del procedimiento de inseminación intrauterina.
- Que ambos miembros de la pareja acepten contestar el cuestionario, firmando antes el consentimiento informado respectivo.

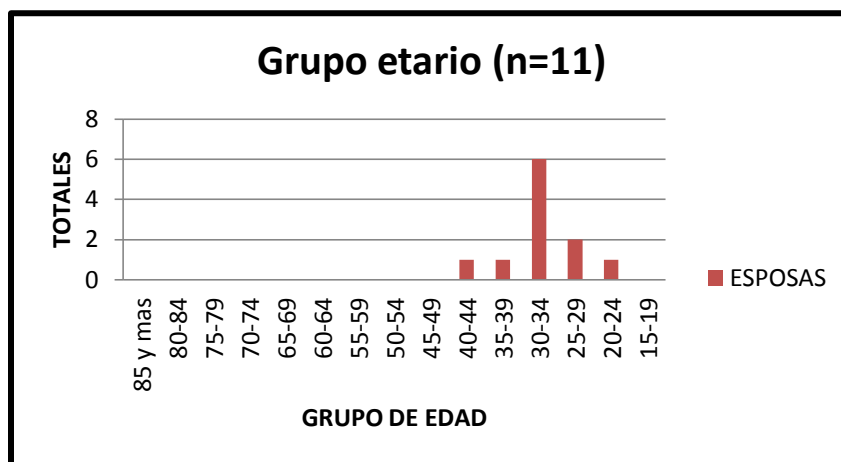
Criterios de exclusión

- Padecimientos psiquiátricos clínicamente observables
- Quienes no desearan contestar el cuestionario

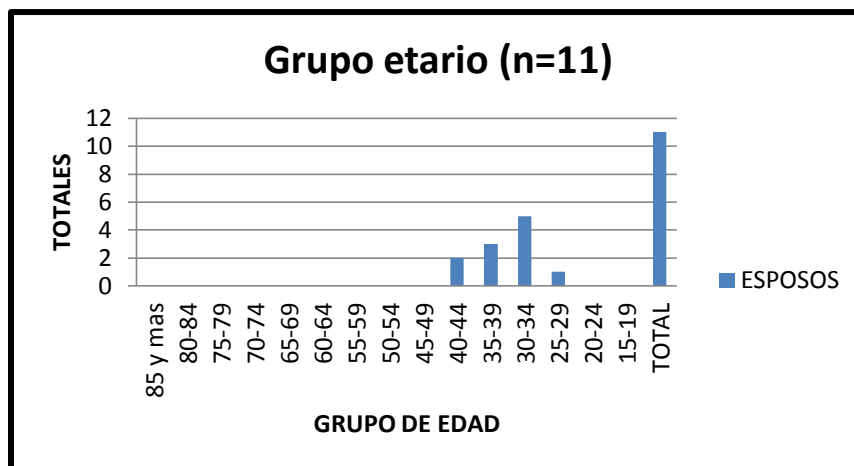
RESULTADOS

En el período de estudio se realizaron 11 procedimientos de inseminación intrauterina con semen del cónyuge en la Clínica de Esterilidad e Infertilidad del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud. Ambos miembros de las 11 parejas a quienes se les realizó el procedimiento aceptaron participar en el estudio.

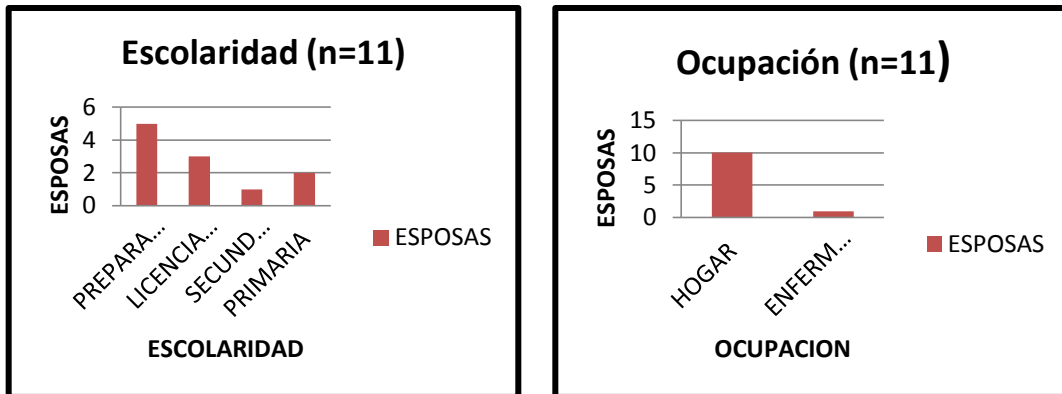
El rango de edad de las mujeres estuvo entre 24 y 41 años, con una media de 32 años. El grupo más frecuente entre ellas es el de edades entre 30 a 34 años, seguido del grupo con edades entre 25 y 29 años.



Entre los hombres el rango de edad estuvo entre 26 y 41 años con una media de 33 años. En ellos igualmente los grupos de edad más frecuentes fueron entre 30 a 34 años y de 25 a 29 años.

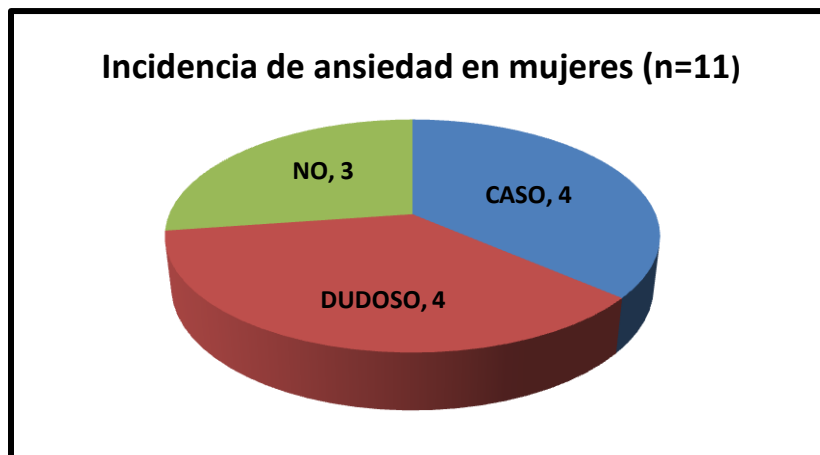


Todas las parejas estuvieron casadas y profesaban la religión católica. La preparatoria fue el nivel de escolaridad más frecuente entre las pacientes y casi la totalidad de ellas no tuvieron una ocupación fuera de las labores del hogar.

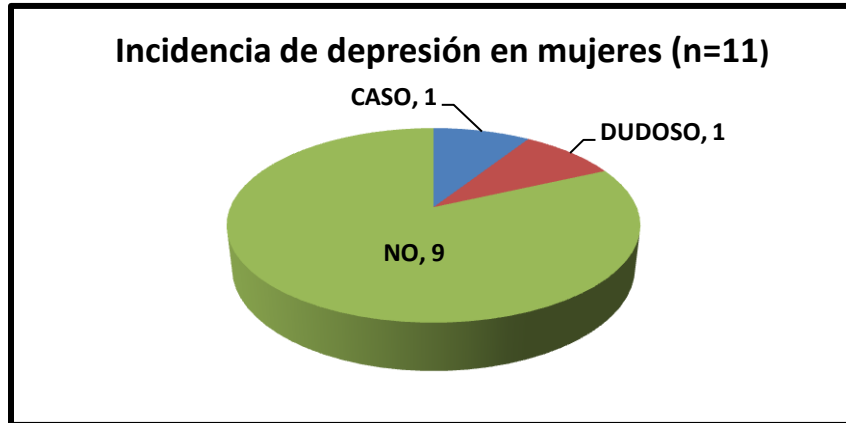


Después de revisar los puntajes de cada uno de los miembros de las once parejas que participaron en el estudio se encontró una incidencia de ansiedad y depresión de la siguiente manera:

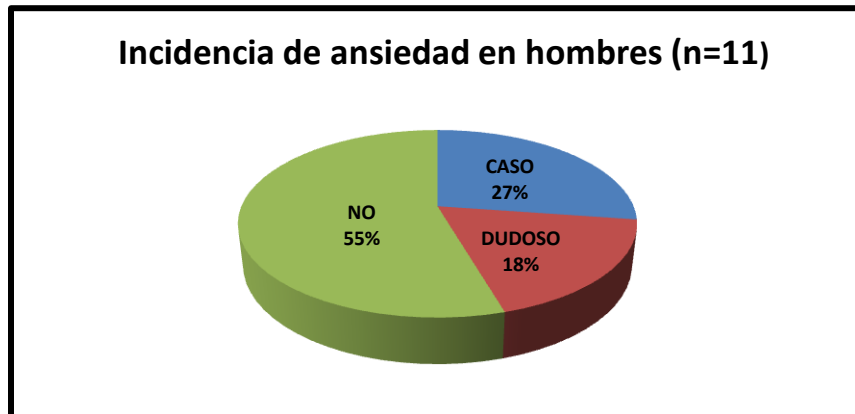
En las mujeres la ansiedad se presentó en 4 de ellas (36%) y en igual número el puntaje las ubicó como casos sospechosos de cursar con ansiedad.



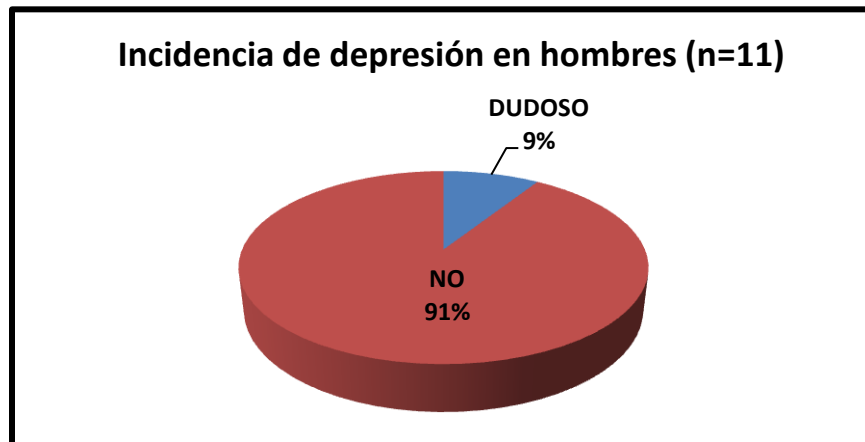
En cuanto a la incidencia de depresión entre las mujeres se encontró en solo una de ellas (9%) y el puntaje ubicó a una más como sospechosa de cursar con depresión. La paciente con puntaje positivo para depresión también tuvo puntaje positivo para ansiedad.



Entre los hombres la ansiedad se presentó en tres de ellos (27%) y el puntaje ubicó a otros 2 como sospechosos de cursar con ansiedad.



La depresión entre los hombres se encontró en solo un caso (9%).



DISCUSIÓN

La ansiedad es un elemento constitutivo del ser humano y juega un papel importante para sobrevivir, independientemente de los problemas de fertilidad. Experimentar ansiedad es un estado común, casi tan antiguo como la humanidad misma. Las diferencias en los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres no son tan notables como cuando se habla de la depresión, pero las mujeres manifiestan por lo general mayores niveles de ansiedad. Como se observa en los resultados del presente estudio la incidencia de ansiedad es más frecuente que la incidencia de depresión, tanto en hombres como en mujeres miembros de las parejas que acudieron para una inseminación intrauterina al servicio de Esterilidad e Infertilidad del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud. Los valores encontrados para ansiedad fueron de 36% y de 27% para mujeres y hombres respectivamente. En cambio, los valores para depresión fueron del 9% para ambos.

CONCLUSIONES

La ansiedad usualmente es definida como un estado de aprensión, incremento de la actividad motora e intensa actividad autonómica. Aunque es un fenómeno frecuentemente observado, raramente es diagnosticado como tal. Habitualmente se le considera como síntoma de un desorden inespecífico como puede ser la depresión.

Aunque debe buscarse un balance apropiado entre la estabilidad física y psicológica de los enfermos, ya que es conocido que ambos componentes se deterioran durante la enfermedad, la etiología precisa, la incidencia de los desórdenes mentales y sus efectos a largo plazo son desconocidos y frecuentemente minimizados por el personal que labora en estas áreas por lo que

En el éxito o fracaso del tratamiento con inseminación intrauterina influyen muchas variables, como la selección de pacientes, el origen, duración y severidad de la infertilidad, la capacitación de la muestra por inseminar, la inducción de la ovulación y el estado de las trompas de Falopio, entre otros.

Se piensa que existe una relación importante entre los factores psicológicos de base y la probabilidad de embarazo luego de la inseminación intrauterina. Se han comprobado los efectos de la esterilidad en la salud psicológica, tanto de la mujer como de la pareja. Los datos revelan en forma consistente que la problemática se manifiesta con características similares en las culturas latinoamericanas, así como en el resto del mundo. En numerosos estudios se ha demostrado que tanto los hombres como las mujeres infértiles tienen cambios psicológicos reactivos como ansiedad, depresión, alteraciones de la vida sexual y de la relación de pareja. Al centrar su vida en la necesidad de tener un hijo, dejan a un lado su vida personal, laboral, de relación y todos sus planes a corto y largo plazos, para lograr un embarazo.

El cuestionario “**HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)**” es tanto una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio. Se trata de un test autoadministrado, que orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos). Se pide al paciente que lea cada pregunta del cuestionario y subraye la respuesta que considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. Su utilización constituye una herramienta extraordinariamente eficaz y sencilla para el quehacer diario del médico.

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Jorge Carreño Meléndez, Francisco Morales Carmona, Claudia Sánchez Bravo, Consuelo Henales Almaraz, José Gabriel Espíndola Hernández. **Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles.** Ginecol Obstet Mex 2007;75:133-4.
- 2.- Jorge Alberto Alvarez Díaz. **Tipos de ansiedad de las parejas tratadas con fertilización asistida frente a la donación hipotética de embriones en el hospital clínico de la universidad de Chile.** Ginecol Obstet Mex 2005;73:163-72
- 3.- Rebeca Robles, Francisco Páez. **Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (panas).** Salud Mental, vol. 26, no. 1, febrero 2003.
- 4.- María Raquel Huerta Franco. **El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo.** Salud mental v. 23, no. 3, junio del 2000
- 5.- Julián Ruiz Anguas, Everardo Anta Jaen, Leonor Durán Monterrosas, Alberto Kably Ambe. **Análisis de los resultados de la inseminación artificial realizada en una o dos ocasiones por ciclo estimulado.** Ginecol obstet mex 2005;73:76-82
- 6.- Jorge Alberto Alvarez-Díaz. **Tipos de ansiedad frente a la donación hipotética de embriones para investigación. Una aproximación desde la perspectiva de género.** Salud mental, vol. 29, no. 5, septiembre-octubre 2006
- 7.- Juan Carlos Sierra, Ihab Zubeidat, Virgilio Ortega, Carlos J. Delgado-Domínguez. **Evaluación de la relación entre rasgos psicopatológicos de la personalidad y la calidad del sueño.** Salud mental, vol. 28, no. 3, junio 2005
- 8.- Patricia Campos Coy, Samuel Jurado Cárdenas, Danelia Mendieta Cabrera, Gady Zabiky Zirof, Miguel Silva Claros. **Tratamiento psicofisiológico y conductual del trastorno de ansiedad 1** salud mental, vol. 28, no. 1, febrero 2005
- 9.- Juan Carlos Barros Delgadillo, Juan Carlos Rojas Ruiz, Ana Cecilia Molina Munguía, Sergio Villalobos Acosta, Víctor Sánchez Solís, Gerardo Barroso Villa, Fernando Gaviño Gaviño. **Factores pronóstico de embarazo en inseminación intrauterina.** Ginecol Obstet Mex 2006;74:611-25
- 10.- Juan Carlos Barros Delgadillo, Evaristo Martínez Barrios, Christian Moreno Aburto, Mirna Souraye Godines Enríquez, Félix Manzur Navarrete, Víctor Sánchez Solís, Gerardo Barroso Villa. **Inseminación intrauterina versus coito programado en ciclos de Hiperestimulación ovárica controlada.** Ginecol bstet mex 2008;76(1):18-31
- 11.- Juan Carlos Barros-Delgadillo, Heidi Trejo-Castañeda, Christopher e-Ormsby, Fernando Gaviño-Gaviño. **Diferencia de respuesta a los antagonistas de GnRH en ciclos de hiperestimulación ovárica más inseminación intrauterina.** Ginecol Obstet Mex 2010;78(1):15-28

- 12.- Alfredo Góngora Rodríguez. **La donación espermática como alternativa ante el factor masculino severamente alterado.** Rev fac med unam vol.49 no.3 mayo-junio, 2006
- 13.- Alfredo Góngora-Rodríguez. **La calidad espermática es determinante en la tasa de embarazo, obtenida en procedimientos de inseminación intrauterina.** Rev Sanid Milit Mex 2005; 59(3) may.-jun: 160-164
- 14.- Shoshana Berenzon Gorn, Sarahí Alanís Navarro, Nayelhi Saavedra Solano. **El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: resultados de una encuesta en la ciudad de México.** Salud mental 2009;31:107-115
- 15.- Diana Agudelo, Gualberto Buena-Casal, Charles Donald Spielberger. **Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas.** Salud mental, vol. 30, no. 2, marzo-abril 2007
- 16.- Pilar Matud. **Apoyo social y salud: un análisis de género.** Salud mental, vol. 25, no. 2, abril 2002
- 17.- Francisca Patricia Alvarado Mentado, Lizette Paulet Ormeño Claudet, Leandra Elizabeth Martínez Hernández, Luis Enrique Martínez Andrade, Héctor Dueñas Téntori, Ignacio Morales Camporredondo. **Medición del nivel de detección de trastornos afectivos como ansiedad, depresión y delirium en las unidades de terapia intensiva y cuidados intensivos.** Acta médica Grupo Angeles
- 18.- Alberto Kably Ambe, Emmanuel Carrera Lomas, Esperanza Carballo, Jorge Alberto Campos Cañas, Myreya Nuñez García. **Resultados de inseminación intrauterina en el centro especializado para la atención de la mujer.** Ginecol Obstet Mex 2011;79(5):280-284
- 19.- Enrique Ruiz-López, Juan Heberto Muñoz-Cuevas, Yuliana Isabel Olivero Vásquez, Margarita Islas-Saucillo. **Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México.** Rev Med Hosp Gen Mex 2000; 63 (4): 231-236
- 20.- Jorge Carreño Meléndez, Francisco Morales Carmona, Evangelina Aldana Calva, Adriana Flores Mendoza. **Depresión y ansiedad en distintos periodos de evolución de la esterilidad.** Perinatol Reprod Hum 2000; 14: 14-21
- 21.- Claudia Sánchez Bravo, Jorge Carreño Meléndez, Consuelo Henales Almaraz, José Gabriel Hernández Espíndola, Ana Cecilia Linares García. **Las distintas disfunciones sexuales masculinas y su relación con la ansiedad y la depresión.** Perinatol Reprod Hum 2008; 22: 184-194

ANEXOS

Anexo 1.

Carta de solicitud al Jefe de Servicio de la Clínica de Esterilidad e Infertilidad del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.

Dr. Antonio Miranda Rodríguez
Jefe del servicio de Esterilidad e Infertilidad
Hospital de la Mujer, SS
Presente:

Por medio del presente solicitamos de Usted autorización para aplicar un cuestionario de evaluación de ansiedad y depresión a parejas atendidas en el servicio a su digno cargo, con la finalidad de analizar la incidencia y grado de estos trastornos en pacientes a quienes se les realiza un procedimiento de inseminación intrauterina.

Dicho cuestionario es el instrumento **“HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)”**. Se le pedirá a la paciente y a su pareja que lo contesten durante el tiempo de estancia posterior al procedimiento de inseminación intrauterina, durante el período comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2012, después de la firma del consentimiento informado respectivo.

Anexamos al presente el formato de consentimiento informado y el formato de cuestionario que se aplicará en este estudio.

En espera de su respuesta, aprovechamos la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Dr. Celso Diógenes Ramírez Palacios

Dra. Arely Bazán Salinas

Anexo 2.

Consentimiento informado para participar en el estudio de investigación médica “grado de ansiedad y depresión en las parejas con esterilidad durante un procedimiento de inseminación intrauterina”.

Estimados pacientes:

A Ustedes se les está invitando a participar en un estudio de investigación médica. Siéntanse con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que les ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que hayan comprendido el estudio y si Ustedes aceptan participar en el mismo, se les pedirá que firmen esta forma de consentimiento y contesten el cuestionario de medición de Ansiedad y Depresión “**HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)**”.

Se ha demostrado en otros estudios que tanto los hombres como las mujeres con problemas de esterilidad tienen cambios psicológicos reactivos como ansiedad, depresión, alteraciones de la vida sexual y de la relación de pareja.

Este estudio pretende identificar la frecuencia y el grado de ansiedad y depresión entre las pacientes y sus cónyuges cuando tienen un diagnóstico de esterilidad y se les realiza un tratamiento como el que se realizó a Ustedes, en el Hospital de la Mujer, de la Secretaría de Salud.

Esto nos permitirá conocer los aspectos psicológicos de Ustedes e implementar medidas que nos ayuden a mejorar la calidad de su atención.

De manera secundaria, este conocimiento nos proporcionará elementos para la mejor atención de otras parejas con los mismos diagnósticos y tratamientos.

Objetivo del estudio

Detección de depresión y ansiedad en parejas con problemas de esterilidad, mediante la aplicación de un cuestionario.

También deben saber que su participación en este estudio es voluntaria y Ustedes son libres de decidir si participan o no y nadie puede obligarlos. Incluso, aunque Ustedes hayan dado su consentimiento firmado, en el momento que Ustedes decidan revocar este consentimiento y deseen salir del estudio, podrán hacerlo, sin que sea necesario explicar sus motivos. Además esto no afectará su atención médica, ni la calidad con la que Ustedes son atendidos habitualmente en la Institución.

Si Ustedes deciden aceptar, sus nombres serán mantenidos en forma confidencial, a menos que se requieran por las Autoridades de Salud; esto en caso de que fuera estrictamente necesario, pues de otro modo sus identidades son confidenciales de manera garantizada. Sólo los médicos que intervienen en su atención durante el estudio, los comités de ética, las agencias gubernamentales regulatorias y la Secretaría de Salud tendrán acceso a los datos confidenciales que los identificarán por sus nombre. Sin embargo todos ellos tratarán de manera confidencial toda la información personal referente a Ustedes. El finalizar el estudio, los datos numéricos derivados del mismo serán publicados y en ningún momento será dada a conocer ninguna información acerca de Ustedes, por lo que nuevamente queda garantizada la confidencialidad de sus datos personales.

Si consideran que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, pueden, si así lo desean, firmar la Carta de Consentimiento Informado.

Hemos leído y comprendido la información anterior y nuestras preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Convenimos en participar en este estudio de investigación.

México, D.F., _____ 2012

Firma de la paciente

Firma del cónyuge

Firma del Investigador

Firma de testigo

Nombre completo:

Edad:

Escolaridad:

Religión:

Estado civil:

Número de inseminación:

Anexo 3.

Questionario “HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)”

INSTRUCCIONES:

- Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.
- No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda.
- Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.
- No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. Nunca

D.6. Espero las cosas con ilusión:

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca

Valoración: se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.