



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo**

**NIVEL DE ESTRÉS Y APOYO CONYUGAL PRESENTES EN
PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. CABAÑAS CRUZ SALOME MARIANA

TUTORA:

DRA. YANET HUERTA REYERO

ASESOR METODOLÓGICO:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2015





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TUTORA:

**DRA. YANET HUERTA REYERO
MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA
HGO 3 UMAE LA RAZA**

ASESOR METODOLÓGICO

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF No. 20 IMSS**

Vo. Bo.

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
UMF No. 20 IMSS**

Vo. Bo.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD.
UMF No. 20 IMSS**

DEDICATORIAS:

*Pero por la gracia de Dios soy lo que soy;
y su gracia no ha sido en vano para conmigo,
antes he trabajado más que todos ellos;
pero no yo, sino la gracia de Dios conmigo.
(1 corintios 15:10)*

Este trabajo está dedicado a personas muy especiales, que siempre han estado a mi lado apoyándome a dar lo mejor de mí para seguir superándome personal y profesionalmente.

A mi familia que fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentando en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación.

A mi madre **Criselda Mercedes Cruz** porque toda tu tenacidad, esfuerzo y dedicación se ven reflejados en mí, agradezco todos los sacrificios y privaciones que tuviste que pasar.

A mi padre **José Marcial Cabañas Herrera**, por enseñarme que con esfuerzo y constancia todo es posible, por inculcarme el humanismo y la humildad que se necesitan para portar una bata blanca.

Con todo mi amor y cariño a mi amado esposo y compañero de vida **Jairo Antonio Pérez** por toda la paciencia entregada en los momentos que pretendí claudicar, porque siempre me has enseñado a ver lo mejor de mí y a ser mejor cada día.

A mi tío **Arturo Juan De Dios Hernández** porque hubo tiempos difíciles donde nunca me soltaste, gracias por depositar tanta confianza en mí, y por enseñarme a ser valiente y seguir siempre adelante.

A mis profesoras la **Dra. Santa Vega Mendoza** y **Dra. Carmen Aguirre**, por transmitirme el compromiso, la entrega y la pasión con que desarrolla esta profesión a la **Dra. Yanet Huerta Reyero** por brindarme su tiempo y la oportunidad de realizar este proyecto.

A todos mis Pacientes por permitir mejorar mis habilidades y conocimientos, por que depositan su confianza en mí, y me siento orgullosa de ser su Médico Familiar.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	
TITULO	
INTRODUCCION.....	1
MARCO TEORICO.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS.....	13
HIPOTESIS.....	14
MATERIAL Y METODOS.....	15
RESULTADOS.....	21
DISCUSION.....	40
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	48
ANEXOS.....	53

RESUMEN.

NIVEL DE ESTRES Y APOYO CONYUGAL PRESENTES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

Cabañas-Cruz Salomé Mariana¹, Huerta-Reyero Yanet², Vega-Mendoza Santa³

1. Médico Residente de Medicina Familiar UMF20 IMSS.
2. Médico Gineco-obstetra CMN La Raza.
3. Médico Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación, UMF20 IMSS

Introducción: La infertilidad es un acontecimiento vital estresante con un elevado impacto emocional; bienestar social y mental de las parejas. **Objetivo:** Determinar el nivel de estrés y el apoyo conyugal que perciben las pacientes bajo tratamiento de infertilidad. **Material y Métodos:** Estudio analítico en mujeres con diagnóstico y tratamiento de infertilidad en biología de la reproducción del HGO3, de diciembre 2014-enero2015. Previo consentimiento informado se aplicó encuesta que consta ficha de Identificación, instrumento de estrés percibido e Inventario de Apoyo a la pareja. Estadística descriptiva y χ^2 .

Resultados: Edad 31-35 años 37.3% (60). Preparatoria 41.6%(67); 39.8%(64) ama de casa, 85.1%(137) casadas. El 83.2% (134) católicas, 61.5%(99) con infertilidad primaria, 60.9% (98) bajo tratamiento de 1-5 años. Percibieron de estrés moderado 54.4%(87). El 73.3 % (118) manifestó apoyo conyugal funcional expresado. La falta de apoyo de la pareja favorece tristeza, enojo, ansiedad, miedo, aislamiento, disminución sexual y dispareunia con $P < .05$, menor frecuencia de relaciones sexuales y baja calidad de las mismas $P < .05$

Conclusiones: Se tiene estrés moderado en mujeres con tratamiento de infertilidad percibiendo apoyo conyugal adecuado y de tipo expresivo que favorecen la actividad sexual y disminuyen los síntomas de ansiedad.

Palabras Clave: Infertilidad, Estrés, estrés percibido, apoyo conyugal.

ABSTRAC.

PRESENT LEVEL OF STRESS AND SPOUSAL SUPPORT IN PATIENTS OF INFERTILITY.

Cabañas-Cruz Salomé Mariana¹, Huerta-Reyero Yanet², Vega-Mendoza Santa³

1. Family Medicine Resident Physician UMF20 IMSS.
2. Gynecologist and Obstetrician CMN La Raza.
3. Family Physician, Master of Science in Education, IMSS UMF20

Introduction: Infertility is a stressful life event with a high emotional impact; social and mental well-being of couples. **Objective:** To determine the level of stress and spousal support perceived by patients undergoing treatment for infertility. **Material and methods:** Analytical study in women with diagnosis and treatment of infertility in reproductive biology of HGO3 of December 2014-enero2015. Prior informed consent survey consisting Identification tab, instrument of perceived stress and Inventory Support couple applied. Xi2 descriptive statistics. **Results:** Age 31-35 years 37.3% (60). High 41.6% (67); 39.8% (64) housewife, 85.1% (137) married 83.2% (134) Catholic, 61.5% (99) with primary infertility, 60.9% (98) treated for 1-5 years. They perceived moderate stress 54.4% (87), 73.3% (118) said spousal support expressed functional. The lack of support from the couple favors sadness, anger, anxiety, fear, isolation, sexual and dyspareunia decreased with $P = < .05$, less frequent sex and poor quality of these $P = < .05$ **Conclusions:** It has moderate stress in women with infertility treatment receiving adequate and expressive type that promote sexual activity spousal support and reduce anxiety symptoms.

Keywords: Infertility, Stress, perceived stress, spousal support.

NIVEL DE ESTRÉS Y APOYO CONYUGAL PRESENTES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

INTRODUCCION.

Socialmente, la mujer y el hombre infértil tienen menos valor como personas que aquellos con hijos. Esto lleva a pérdida sistemática de la autoestima, con consecuencias en múltiples esferas de la vida personal y social de las personas enfermas.

La prevalencia de la infertilidad ha ido aumentando en todo el mundo en la medida que se posterga la decisión de ser madre como resultado del difícil dilema que experimentan muchas mujeres al armonizar sus anhelos reproductivos con sus desarrollos en otros aspectos del quehacer social.

Globalmente, estudios de poblaciones estiman que un 10% de mujeres en edad reproductiva sufren de infertilidad. Esto equivale a 80 millones de mujeres en el mundo aproximadamente 13.840.000 de mujeres en Latinoamérica.

El grado de estrés que pueden presentar las pacientes bajo tratamiento de infertilidad puede ser un condicionante para tener menos tasas de éxito, por lo que es importante abordar siempre el aspecto psicológico de la pareja.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió infertilidad como una enfermedad reconociendo de esta manera que la salud de las personas afectadas, así como su entorno familiar, se ven seriamente dañadas; desafortunadamente, algunos países aun consideran la Fertilidad como una cuestión de anhelos o deseos personales y por ello, no le otorgan suficiente prioridad en los programas de salud de la mujer.

La infertilidad es una enfermedad que tiene numerosos efectos en la salud física y psicológica de las personas, así como consecuencias sociales, que incluyen

inestabilidad matrimonial, ansiedad, depresión, aislamiento social y pérdida de estatus social, pérdida de identidad de género, ostracismo y abuso.

El coste económico del tratamiento de la infertilidad es elevado. Si se consigue una mejor fertilidad con una reducción primaria del estrés agudo y/o crónico, entonces esta debería ser la directiva tanto para instituciones privadas como públicas.

La presente investigación nos dará un marco de referencia de la trascendencia que tiene realizar una evaluación integral de la pareja infértil identificando oportunamente factores estresantes y alteraciones en el subsistema conyugal como parte integral del tratamiento de esta, ya que esto podría ser un factor determinante en el resultado del tratamiento de infertilidad. Al no contar con algún antecedente esta investigación nos ayudara a conocer el panorama psicológico por el cual atraviesan las pacientes que se encuentran en tratamiento de infertilidad en el Hospital de Ginecología - Obstetricia "3", al mismo tiempo nos dará la pauta para implementar algún nivel de intervención que nos ayude a mejorar la atención integral de las mismas.

MARCO TEORICO

La infertilidad es una problemática de salud que cada vez se presenta en un mayor número de parejas, está catalogado como problema de salud pública por la OMS desde 2010.

A nivel mundial 6 de cada 10 parejas que han intentan embarazarse sin éxito acuden a un especialista y sólo 2 de cada 10 reciben tratamiento médico. En México existen actualmente 2.6 millones de casos de infertilidad a los que cada año se suman 180 mil nuevos casos, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía ⁽¹⁾.

Aun cuando las estimaciones sobre su incidencia no son muy precisas y varían según la región geográfica, aproximadamente entre el 8,0 % y el 12,0 % de las parejas experimentan algún problema de este tipo durante su vida fértil, lo cual, extrapolado a la población mundial, representa entre 50 y 80 millones de personas.⁽²⁾ Globalmente, estudios de poblaciones estiman que un 10% de mujeres en edad reproductiva sufren de infertilidad. Esto equivale a 80 millones de mujeres en el mundo aproximadamente 13.840.000 de mujeres en Latinoamérica. Merck Serono, indicó que entre 15 y 17 por ciento de las parejas en etapa reproductiva en México tienen problemas de infertilidad, padecimiento que ha ido y puede seguir en aumento. (Infertilidad, un problema en crecimiento. Merck Serono encuesta 2013 01 16). Incluso publicaciones más recientes citan cifras aún mayores y reconocen una tendencia general a la elevación de la incidencia de la infertilidad, que puede llegar al 20 %.⁽³⁾

Por infertilidad debe entenderse la incapacidad de la pareja o del individuo (mujer) para poder llevar a término la gestación con un producto vivo, después de un año de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.⁽⁴⁾ La OMS define la infertilidad como una enfermedad crónica, que a diferencia del resto de

padecimientos físicos, no afecta la funcionalidad de ningún órgano, y por tanto no impone limitación física a quien la padece, 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.⁽⁵⁾ Se define como infertilidad a la falta de embarazo luego de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección anticonceptiva.⁽⁶⁾

La infertilidad puede deberse a factores masculinos, a factores femeninos o una combinación de ambos. En general se debe estudiar a la pareja en conjunto, y no es prudente empezar estudios complejos y complicados hasta tanto la pareja no haya tratado de lograr un embarazo por lo menos durante 2 años seguidos sin uso de medidas anticonceptivas.⁽⁷⁾ Por infertilidad primaria se entiende cuando la pareja nunca ha logrado una concepción y, por secundaria, cuando por lo menos uno de los elementos ya lo ha obtenido.⁽⁸⁾ Aunque en muchos casos no es posible evidenciar algún tipo de enfermedad o patología que la cause, el sufrimiento, angustia y desesperación que aquejan a las parejas imposibilitadas de concebir son situaciones reales que han llegado a considerarse un verdadero y frecuente problema a enfrentar por los profesionales de la salud. Históricamente, la etiología de los problemas de infertilidad estaba casi exclusivamente relacionada con factores femeninos, aunque hoy en día se cree que los factores masculinos explican en torno al 40-60% de los casos y en el 10- 30% de las parejas existen dos o más factores explicativos de la causa de infertilidad.⁽⁹⁾

La evaluación debe ser hecha a los miembros de la pareja en paralelo ya que aproximadamente el 30% de las causas de infertilidad son femeninas puras, el 30% son masculinas puras y en alrededor del 30% de los casos existen causas compartidas de infertilidad. El 10% restante es lo que se denomina infertilidad de causa desconocida o idiopática.⁽¹⁰⁾ Los datos obtenidos mediante la historia clínica y un examen físico detallado puede orientar acerca del tipo de patología o

alteraciones que no le permiten concebir a esa pareja y a los exámenes complementarios que se deben solicitar en forma sistemática y expedita, respetando siempre una buena relación costo-efectividad y siguiendo un orden creciente de complejidad.⁽¹⁰⁾ Para la mayoría de las personas, ciertas metas vitales como formar una familia y tener hijos deben ser concretadas en un determinado momento de la evolución personal y de pareja. El hecho de verse impedida esta meta puede producir una crisis que afecta todas las áreas de la vida: lo personal, el vínculo de pareja, las relaciones sociales y familiares y en algunos casos el plano laboral.⁽¹¹⁾

Independientemente del motivo de la dificultad orgánica, todas las personas que atraviesan la experiencia de tener dificultades para lograr un embarazo o llevar un embarazo a término, sufren, en mayor o menor medida, momentos de estrés, debido tanto a esta dificultad como a los métodos para diagnosticar y tratar su afección. El estrés surge como efecto de la infertilidad.⁽¹²⁾ Infertilidad, en este caso definida desde un punto de vista psicológico como: “Crisis emocional (con repercusiones cognitivas y conductuales) que atraviesan las personas durante el tiempo que buscan un hijo y les cuesta lograrlo”. Estos cambios y alteraciones son independientes de la condición médica (aunque no la excluye).⁽¹²⁾

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, se caracteriza sobre todo por una incapacidad para manejar situaciones particulares, y el individuo utiliza métodos acostumbrados para la solución de problemas dado el potencial para obtener resultados radicalmente positivos o negativos.⁽¹³⁾ Leticia Urdapilleta, (1995) plantea a la infertilidad, como una crisis que amenaza importantes metas de la pareja y evidencia problemas no resueltos del presente y del pasado. Ejerce sus efectos en cuatro áreas principales: intrapersonal, interpersonal, laboral y social.⁽¹⁴⁾

- La esfera individual se ve afectada por la crisis de la identidad, disminución del autoestima, el deterioro de la autoimagen y el hecho que la persona se encuentra inesperadamente con una serie de sentimientos: sorpresa, negación, rabia, miedo, culpa dolor, soledad, esperanza- desesperanza cíclicas, angustia y ansiedad, los cuales se expresan a través de alteraciones a nivel conductual y emocional.

- A nivel interpersonal, se observa un deterioro en la pareja en los planos de la comunicación y sexual. También hay perturbaciones y dificultades en las relaciones con el entorno familiar y de amigos, siendo más disfuncionales en aquellas situaciones en que la pareja mantiene la infertilidad en secreto.

- Lo laboral se ve afectado por la merma o abandono del trabajo, ya sea por depresión o por los tiempos que se le dedican a los tratamientos.

- En el área social la crisis se caracteriza por la tendencia al aislamiento y por la evitación a determinadas situaciones como estar con embarazadas o con familias con chicos, ir a reuniones sociales, etc. Se produce un choque de ideas entre el infértil y la sociedad, ya que el primero ha tenido que enfrentar cambios, pero la sociedad sigue muy influida por mitos y creencias que le provocan al infértil sentimientos de inadecuación. ⁽¹⁴⁾

Entre los factores psicológicos que contribuyen a los problemas de infertilidad se encuentran la anorexia nerviosa y la amenorrea inducida por estrés. Algunos estudios han demostrado como un evento estresor puede inhibir el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. Estudios recientes asocian la decadencia de la función ovárica y alteraciones de la función reproductora con la presencia de sintomatología depresiva o la historia previa de depresión en la mujer. Asimismo se reconoce que el estrés puede influir significativamente en la función reproductora, repercutiendo no sólo a nivel orgánico sino también a nivel funcional y, contribuyendo, por ejemplo, a la disminución de la actividad sexual o incluso a problemas relacionados con la disfunción eréctil. ⁽¹⁵⁾

El estrés se define como “un concepto relacional mediado cognitivamente, que refleja la relación entre la persona y el entorno apreciada por aquella como gravosa, o que excede a sus recursos y pone en peligro su bienestar”.⁽¹⁶⁾ De acuerdo al modelo transaccional de estrés, la experiencia de estrés sería el resultado de la interacción dinámica particular entre el individuo y su entorno. Específicamente de la relación entre la valoración de un evento como estresante y los recursos de afrontamiento que posee el individuo. Esta interacción a su vez estaría siendo mediada por un conjunto de procesos psicosociales, como el apoyo social y algunas características de personalidad. Desde esta perspectiva interactiva, el estrés percibido correspondería al grado en que las personas perciben las situaciones de su vida como impredecibles e incontrolables, por lo cual se valoran como estresantes.⁽¹⁷⁾

El proceso que abarca afrontar un diagnóstico de infertilidad, someterse a técnicas de reproducción asistida y a los repetidos intentos por conseguir un embarazo, constituye un periodo largo y estresante que sitúa a las parejas en riesgo de desarrollar problemas emocionales y de desajuste.⁽¹⁸⁾ Uno de los elementos poco trabajados y que tiene gran relevancia es la incidencia a nivel cognitivo, fisiológico-emocional y conductual que puede generar el estrés que se produce en las parejas como consecuencia de los tratamientos para los trastornos de fertilidad. Dentro de los factores estresantes que podría experimentar la pareja se encuentran los factores económicos asociados con el costo del proceso médico-ginecológico (diagnóstico y tratamiento), así como factores físicos (por ejemplo: dolor asociado con los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico), emocionales (por ejemplo: la vivencia de sentimientos de impotencia y desesperanza ante la imposibilidad de procrear) y los conductuales (por ejemplo: conductas de evitación social, comunicación y motoras).⁽¹⁶⁾

Se han identificado elementos estresantes de tipos existenciales, físicos, emocionales y relacionales en las parejas con trastornos de infertilidad. Dentro de

los estresores existenciales se ha determinado que en las parejas con dificultades para concebir se ve afectada la autoimagen de cada uno de los miembros de la pareja, debido a que se encuentran mediadas por creencias sociales y culturales acerca de la masculinidad y la feminidad. Asimismo, los sentimientos de desesperanza e impotencia se aumentan conforme avanza el tiempo y se agotan los múltiples intentos para concebir. ⁽¹⁶⁾

Los estresores físicos se manifiestan cuando se evalúan los procesos médicos como invasivos e intrusivos en áreas íntimas y privadas de la pareja. Como parte del proceso de diagnóstico y tratamiento la pareja debe brindar información exacta de sus prácticas sexuales, frecuencia y método del coito, y así mismo se les recomienda utilizar ciertas posturas para facilitar la fecundación. ⁽¹⁹⁾

En cuanto a los estresores emocionales se encontró que las parejas experimentaban ira, frustración, ansiedad, angustia, culpa y depresión entre otros, siendo el estrés una respuesta inmediata ante la incapacidad de concebir después de cierto tiempo de intentarlo. Por otro lado, los estresores relacionales evocan serios problemas maritales. Las emociones, pensamientos y conductas generadas por la problemática afectan sus habilidades de comunicación, resolución de problemas y asertividad para enfrentar el proceso diagnóstico y de tratamiento. ⁽¹⁹⁾

Estos son algunos factores que podrían estar implicados antes, o durante el proceso médico-ginecológico y tratamientos a los cuales la pareja se debe enfrentar. Por otro lado, se suma la incertidumbre del resultado final, el temor al fracaso y sus implicaciones en la estabilidad de la pareja. El estrés también ha demostrado tener un impacto negativo sobre diversos parámetros asociados con la calidad del semen. Juegan un rol en la calidad y motilidad del esperma la pérdida de glutatona y del contenido de sulfidril libre del plasma seminal a causa del estrés o también la inhibición de la conversión de androstenediona a testosterona en células Leydig a causa de niveles elevados de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) y el cortisol. ⁽²⁰⁾ Aunado a esto se puede considerar la

modificación que sufre el patrón sexual característico de la pareja, debido a ciertas instrucciones específicas que demanda el tratamiento para la infertilidad. Entre estas se pueden mencionar el uso de posiciones específicas y horas determinadas para tener la relación sexual, lo cual puede facilitar el desarrollo de un contacto íntimo sexual de carácter mecánico y con ello alterar sistemáticamente su calidad.⁽¹⁶⁾

Los problemas reproductivos juegan muchas veces un papel importante en el desencadenamiento de disfunciones sexuales (60%). Los métodos diagnósticos y el tratamiento médico de la infertilidad tienen un impacto negativo en los pilares fundamentales de la sexualidad: espontaneidad y privacidad.⁽²¹⁾ En un estudio que comparó mujeres infértiles con las de un grupo control se encontraron diferencias significativas de mayor insatisfacción sexual en las mujeres infértiles. Un 18% de ellas atribuía su problema sexual a la infertilidad, mientras que un 37% lo adjudicaba a la pérdida de la espontaneidad en la vida sexual.⁽²²⁾ Las alteraciones sexuales que aparecen se pueden dividir en:

a) Disfunción del deseo, la cual se traduce especialmente en una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales.

b) Disfunción de la fase de excitación, expresada especialmente en disfunciones en la erección, eyaculación precoz, falta de lubricación vaginal y/o evitación de las relaciones sexuales.⁽²¹⁾

Los elementos antes mencionados pueden generar una modificación significativa en el patrón característico de interacción de la pareja, de forma que se aumente la frecuencia de las interacciones que producen aversión y disminuyan los intercambios positivos entre ellos. Los estresores relacionales evocan serios problemas maritales. Las emociones, pensamientos y conductas generadas por la problemática afectan sus habilidades de comunicación, resolución de problemas y asertividad para enfrentar el proceso diagnóstico y de tratamiento. Un punto en el que parece haber gran consenso entre los estudiosos del impacto psicológico de la infertilidad es que el descubrimiento de la infertilidad supone una crisis importante en la vida de las personas implicadas. A su vez, la constatación del

fracaso en tener un hijo no sólo ha de provocar una frustración por el no cumplimiento del deseo y las expectativas de paternidad, sino que también supone una alteración, al menos temporal, del plan de vida que se tenía trazado, y de alguna manera supone un desafío a ese proyecto de vida.⁽²³⁾ En las Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida, del Grupo de Interés en Psicología de la SEF (Sociedad Española de Fertilidad), al analizar los procesos emocionales que se encuentran en estos pacientes informan que: “No es por tanto raro que, por lo general, encontremos expresiones emocionales de: aislamiento social y personal, culpa y ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja”.⁽²³⁾ El profesional aplicará los tratamientos menos invasivos. Ante eso, el protocolo de tratamiento debe considerar el estrés como una causa, tanto como una consecuencia de la infertilidad.

En relación con el pronóstico de las parejas bajo tratamiento de infertilidad, la duración de la infertilidad se convierte en una información importante. Después de tres años de infertilidad no tratada, la tasa de embarazo por año cae 24 % cuando una mujer es mayor de 30 años de edad. El pronóstico es más optimista en parejas con historias de embarazos previos.⁽²⁴⁾ Para las parejas que tienen un problema de infertilidad, la decisión de comenzar una familia da origen a una experiencia vital muy difícil. Usualmente, luego de intentos de lograr un embarazo sin resultados, se acercaran a la consulta médica y especializada para confirmar el diagnóstico que es temido y así, a la vez obtener esperanzas en sus deseos de ser padres. La crisis de la infertilidad consiste en la perdida de una serie de apegos de gran valor emocional para el individuo y la pareja infértil. Las parejas que desean concebir desarrollan apegos a fantasías sobre el hijo deseado en diferentes aspectos: la forma en que alterar su estilo de vida, los atributos físicos, los talentos o intereses que tendrá y que ellos estimularan en sus hijos.

Cada miembro de la pareja puede responder a la infertilidad de forma diferente. Un miembro de la pareja puede llegar a sentirse esperanzado y optimista ante el diagnóstico mientras que el otro esta desesperanzado y agobiado por la nueva

realidad. Se observa con frecuencia dificultad para discutir los acontecimientos y sentimientos que surgen alrededor del diagnóstico. Esta dificultad puede verse exacerbada a lo largo del tratamiento, incrementando los sentimientos de angustia culpa y tensión dentro de la pareja. ⁽²⁵⁾ Con la construcción de la pareja se generan diversas posibilidades para que los dos satisfagan mutuamente sus necesidades de apoyo, ayuda y „nutrición“ emocional. El dar y el recibir en forma equilibrada son aspectos implicados en el ejercicio de la relación de pareja. ⁽²⁶⁾

El apoyo desde el área de las relaciones interpersonales, se define como la toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro, por medio de brindarle sustento emocional, ayuda seguridad, comodidad y amor. El apoyo que se percibe del otro, es importante en las relaciones interpersonales y en la relación de la pareja por ser esta el pilar de la familia. El apoyo entre esposos guía la satisfacción de necesidades y permite responder mejor hacia los diversos eventos estresantes de la vida, lo que a su vez puede contribuir a mejorar la intimidad y cercanía entre los miembros de la pareja. Pero desafortunadamente no en todos los casos de relación de pareja se puede satisfacer las necesidades que demanda cada uno de sus miembros por medio de brindarle apoyo, pues las percepciones del apoyo que se perciben y que se dan no concuerdan frecuentemente. Díaz Guerrero señala que, cuando un individuo percibe cierto grado de dificultad para afrontar obstáculos (como crisis, problemas laborales o en relación con el conyugue), busca en general apoyo emocional en el seno familiar y sobre todo en aquella persona que para él desempeña un papel significativo desde su escala de valores y nivel de confianza. Beavers y Hampson refieren que, como nacemos y vivimos en un grupo social – la familia-, ésta es el soporte emocional y social de un individuo. Cuando no se tiene este soporte, el ser humano tiende a enfermarse emocionalmente, así como al aislamiento y distanciamiento social. ^(27,28)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los tratamientos médicos de infertilidad frecuentemente consumen mucho tiempo y pueden representar una fuente imprevista de estrés para la mayoría de las parejas que se someten a estos. El papel que juega el estrés dentro del proceso de tratamiento para la infertilidad y su incidencia se debe considerar tanto como una causa como una consecuencia de la infertilidad.

El coste económico del tratamiento de la infertilidad es elevado. Si se consigue una mejor fertilidad con una reducción primaria del estrés agudo y/o crónico, entonces esta debería ser la directiva en el manejo integral en todas las parejas que nos lo soliciten tanto para nuestra institución (IMSS) como las privadas. Debido a la falta de estudios específicos dentro del contexto nacional, resulta relevante explorar e identificar algunos elementos estresores que intervienen en las parejas que presentan infertilidad en nuestro país y la importancia del apoyo conyugal que se requiere en el proceso de tratamiento; por lo que nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de estrés y apoyo conyugal presentes en pacientes en tratamiento de infertilidad?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el grado de estrés y el apoyo conyugal que perciben las pacientes bajo tratamiento de infertilidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el perfil socio-demográfico de las pacientes que se encuentran bajo tratamiento de infertilidad.
- Identificar el tiempo de tratamiento de la infertilidad en las pacientes.
- Identificar el perfil clínico de las pacientes que se encuentran bajo tratamiento de infertilidad.
- Identificar los síntomas biológicos, psicológicos y sociales percibidos por las pacientes bajo tratamiento de infertilidad.
- Determinar el nivel de estrés que predomina en las mujeres con tratamiento de infertilidad.
- Identificar el apoyo conyugal percibido por las pacientes bajo tratamiento de infertilidad.
- Determinar el nivel de estrés en relación a los aspectos sociodemográficos, clínicos y apoyo conyugal presentes en las pacientes bajo tratamiento de infertilidad.

HIPOTESIS

Las mujeres que se encuentran bajo tratamiento de infertilidad presentan un nivel de estrés alto, y no perciben apoyo conyugal.

MATERIAL Y METODOS

LUGAR DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital Ginecoobstetricia No. 3 “Dr. Espinoza de los Reyes Sánchez” de CMN La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en Calzada Vallejo Número 266, Delegación Azcapotzalco.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, prospectivo, analítico y descriptivo.

PERIODO DEL ESTUDIO

En un periodo de estudio de diciembre 2014 a enero 2015

GRUPO DE ESTUDIO

Pacientes derechohabientes del IMSS que acudieron a su consulta externa en la Clínica de Biología de la Reproducción del HGO 3 - UMAE por tratamiento de infertilidad

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Paciente femenino con diagnóstico de infertilidad que acudio a la consulta externa de biología de la reproducción con inicio de tratamiento de infertilidad mínimo 3 meses.
- Paciente que participo de forma voluntaria y bajo consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que acudieron a la consulta de biología de la reproducción a seguimiento de embarazo logrado.
- Pacientes con un Diagnostico diferente al de infertilidad.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que contestaron la encuesta posteriormente decidieron retirarse del estudio.
- Pacientes que entregaron mal llenadas o incompletas las encuestas.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se seleccionaron pacientes bajo tratamiento de infertilidad que acudieron a la consulta externa de Biología de la Reproducción en el HGO 3-UMAE CMN La Raza por conglomerados (con una muestra total de 161 pacientes) a quienes se les aplicó los cuestionarios de Escala de Estrés Percibido PSS-14 y el Inventario de Apoyo para la Pareja previo consentimiento informado.

TIPO DE MUESTREO: por conglomerados.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
NIVEL DE ESTRES	Relación entre la persona y el entorno apreciada por aquella como gravosa, o que excede a sus recursos y pone en peligro su bienestar	Se obtuvo mediante la aplicación del instrumento de Escala de Estrés Percibido PSS-14 clasificándolo el estrés en -Alto -Moderado -Bajo	Cualitativa Ordinal	Dependiente
EDAD	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Edad referida de la paciente	Cuantitativa continua	Independiente
ESCOLARIDAD	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Grado de escolaridad que se ha registrado en la encuesta. -Primaria -Secundaria -Preparatoria -Profesional	Cualitativa: Ordinal	Independiente
ESTADO CIVIL	Es la situación en la que se encuentra la persona en relación a su pareja, cónyuge o a su relación	Estado civil mencionado por la paciente: Casada Unión libre	Cualitativa Nominal politómica	Independiente

RELIGION	Es una práctica humana de creencias, existenciales, morales y sobrenaturales	La referida por la paciente: Católica Cristiana Otra	Cualitativa Nominal politómica	Independiente
OCUPACION	Es la acción, cargo oficio o profesión en la que la persona emplea su tiempo.	Referida por la paciente: Hogar, Empleada Obrera, Desempleada	Cualitativa Nominal politómica	Independiente
TIEMPO DE TRATAMIENTO	Lapso de tiempo durante el cual se ha sometido a tratamiento de infertilidad	Referida por la paciente en meses y años	Cuantitativa continua	Independiente
TIPO DE INFERTILIDAD	Falta de embarazo luego de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección anticonceptiva	Se identificara el tipo de infertilidad: Primaria: cuando la pareja nunca ha logrado una concepción. Secundaria: cuando por lo menos uno de los elementos ya ha logrado una concepción.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Independiente

SINTOMAS	Manifestaciones subjetivas que no es observable por el medico	Psicológicos Tristeza Enojo Ansiedad Inseguridad Otros Sociales: Agresividad Aislamiento Disminución del rendimiento laboral Biológico Nausea Vomito Eestreñimiento Dispareunia Disminución de la libido.	Cualitativa Nominal Politómica	Independiente
APOYO CONYUGAL PERCIBIDO	Protección de la pareja en cualquier circunstancia	Se determinara de acuerdo al cuestionario de apoyo a la pareja que consta de 59 ítems determinando Con apoyo Sin apoyo	Cualitativa Nominal	Independiente

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, analítico, por conglomerados a 161 derechohabientes femeninas que se encuentran bajo tratamiento de infertilidad que acudieron en el período de diciembre 2014-enero 2015 a la consulta externa de la Clínica de Biología de la Reproducción del Hospital Ginecoobstetricia No. 3 – UMAE CMN La Raza, previo consentimiento informado por escrito. Se les aplicó un cuestionario que interrogó variables sociodemográficas, características biológicas, psicológicas y sociales, tiempo de inicio del tratamiento así como tipo de infertilidad. Se anexó la Escala de Estrés Percibido PSS-14 y el Inventario de Apoyo a la Pareja que recoge información sobre el apoyo conyugal percibido: apoyo conyugal positivo, apoyo conyugal negativo y apoyo conyugal expresado. Se dio un tiempo necesario para contestar los instrumentos y evaluarlos sin la presencia de la pareja. Cuando se dificultaba la lectura, se leía la pregunta con la paciente aclarando sus dudas y se revisó que todos los cuestionarios estuvieran contestados en su totalidad.

Una vez terminada la recolección de la información se procedió a la codificación de los datos y vaciado de la información para su análisis.

ANALISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron capturados en una base de datos de Excel utilizando paquetería office 2010. Windows 7; posteriormente se analizó con el programa estadístico SPSS; el análisis estadístico fue descriptivo con medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes, para relacionar variables χ^2 .

RESULTADOS

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD DEL HGO 3-UMAE

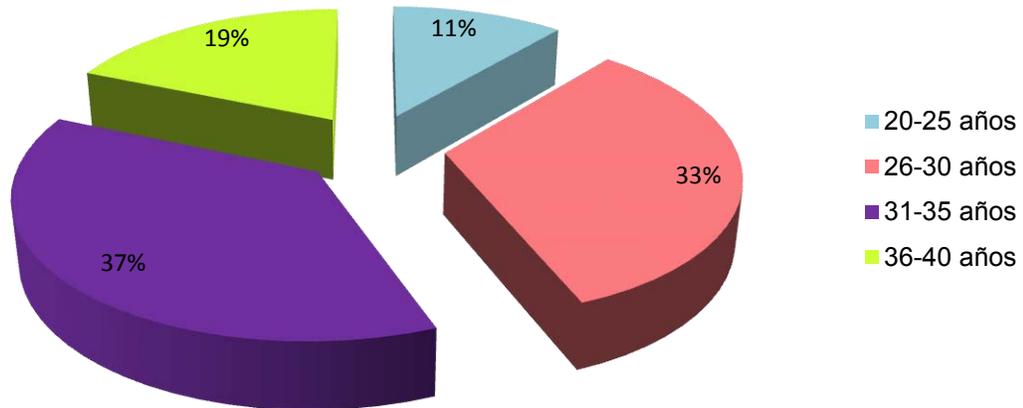
En el estudio participaron 161 pacientes de las cuales se obtuvo una media de edad de 31.35 ± 4.29 años; con una edad mínima de 20 y una máxima de 39. El grupo predominante fue de 31-35 años con un 37.3%. Escolaridad preparatoria en 41.6% (n=67) seguido de profesional 30.4% (n=49); en cuanto a la ocupación el 39.8% (n=64) es ama de casa, el 85.1% (n=137) están casadas y 14.9% (n=24) en unión libre. El 83.2% (n=134) profesan la religión católica. (Tabla 1)

TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

CARACTERISTICA	N	%
<u>EDAD</u>		
20-25 años	18	11.2
26-30 años	53	32.9
31-35 años	60	37.3
36-40 años	30	18.6
<u>ESCOLARIDAD</u>		
Primaria	7	4.3
Secundaria	38	23.6
Preparatoria	67	41.6
Profesional	49	30.4
<u>OCUPACION</u>		
Empleada	84	52.2
Ama de casa	64	39.8
Obrera	10	6.2
Desempleada	3	1.9
<u>ESTADO CIVIL</u>		
Casada	137	85.1
Unión libre	24	14.9
<u>RELIGION</u>		
Católica	134	83.2
Cristiana	19	11.8
Otra	8	5

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

GRÁFICA 1. EDAD DE PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD



Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

IDENTIFICACION DE DATOS CLINICOS DE LA INFERTILIDAD

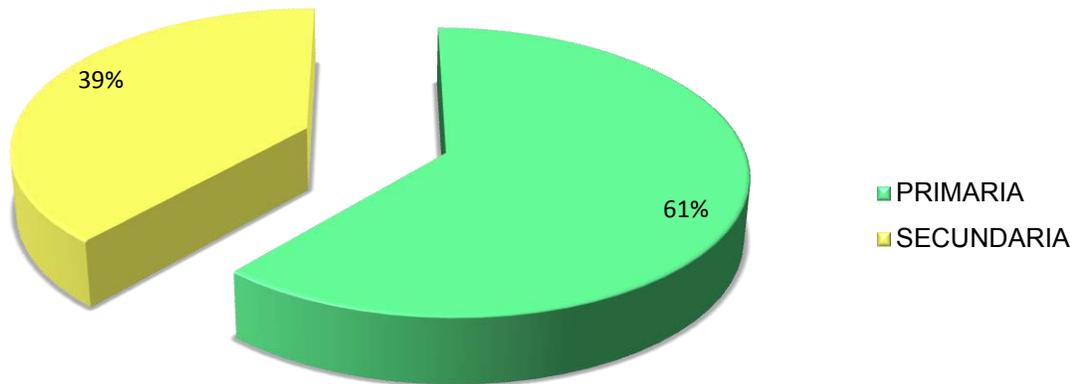
Se identificó que un 61.5% (99) de las pacientes cursa con infertilidad primaria y el 38. 5%(62) infertilidad secundaria, cursando con un 60.9% (98) bajo tratamiento actual ante la infertilidad con 1 a 5 años y un 29.9%(47) de menos de un año. (Tabla 2)

TABLA 2. DATOS CLINICOS PRESENTES EN LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

CARACTERISTICAS	N	%
TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO		
< 1 AÑO	47	29.2
1-5 AÑOS	98	60.9
6-10 AÑOS	16	9.9
TIPO DE INFERTILIDAD		
PRIMARIA	99	61.5
SECUNDARIA	62	38.5

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

GRAFICA 2. TIPO DE INFERTILIDAD PRESENTE EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD



Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

RESPUESTA BIOPSIICOSOCIAL A LA INFERTILIDAD PERCIBIDAS POR LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

Con respecto a la respuesta psicosocial que percibieron desde el inicio del tratamiento se encontró en un 72% (n=116) tristeza seguido con 47.2% (n=76) miedo; ansiedad se reportó en 42.9%(69) inseguridad 41%(66) y 38.5% (n=62) con enojo. Manifestando una conducta de aislamiento con 34.8% (n=6) así como agresividad en un 24.8% (n=40) y disminución del rendimiento laboral 23% (n=37). De acuerdo a los síntomas clínicos se encontró nauseas en 24. % (39), vomito con 6.8% (n=11), cefalea en 49.1% (n=79), seguido de 29.8% (n=48) refiriendo estreñimiento. El 22.4 % (36) refirió disminución en la libido y el 16.8% presenta dispareunia. (TABLA 3).

TABLA 3. RESPUESTA BIOPSIICOSOCIAL A LA INFERTILIDAD PERCIBIDAS POR LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD

CARACTERISTICA	n	%
<u>RESPUESTA PSICOSOCIAL</u>		
TRISTEZA		
• Presente	116	72
• Ausente	45	28
ENOJO		
• Presente	62	38.5
• Ausente	99	61.5
ANSIEDAD		
• Presente	69	42.9
• Ausente	92	57.1
MIEDO		
• Presente	76	47.2
• Ausente	85	52.8
INSEGURIDAD		
• Presente	66	41
• Ausente	95	59
AGRESIVIDAD		
• Presente	40	24.8
• Ausente	121	75.2
AISLAMIENTO		
• Presente	56	34.8
• Ausente	105	65.2
DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO LABORAL		
• Presente	37	23
• Ausente	124	77
<u>RESPUESTA BIOLÓGICA (SINTOMAS)</u>		
NAUSEAS		
• Presente	39	24.2
• Ausente	122	75.8
VOMITO		
• Presente	11	6.8
• Ausente	150	93.2
CEFALEA		
• Presente	79	49.1
• Ausente	82	50.9
ESTREÑIMIENTO		
• Presente	48	29.8
• Ausente	113	70.2
DISMINUCIÓN DE LA LIBIDO		
• Presente	36	22.4
• Ausente	125	77.6
DISPAREUNIA		
• Presente	27	16.8
• Ausente	134	83.2

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad.

PERCEPCION DE LA SATISFACCION SEXUAL SATISFACCION DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

En relación a la frecuencia de las relaciones sexuales encontramos con un 50.3% (n=81) siendo no satisfactorias y con 49.7% (n=80) satisfactorias. Con un 54% (n=87) refieren la calidad de manera satisfactoria y con 46% (n=74) no satisfactoria. (Tabla 4).

TABLA 4. PERCEPCION DE LA SATISFACCION SEXUAL DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

RELACION SEXUAL	n	%
<u>SATISFACCIÓN DE LA FRECUENCIA</u>		
Satisfactoria	80	49.7
No satisfactoria	81	50.3
<u>SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD</u>		
Satisfactoria	87	54
No satisfactoria	74	46

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

PERCEPCION DEL NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

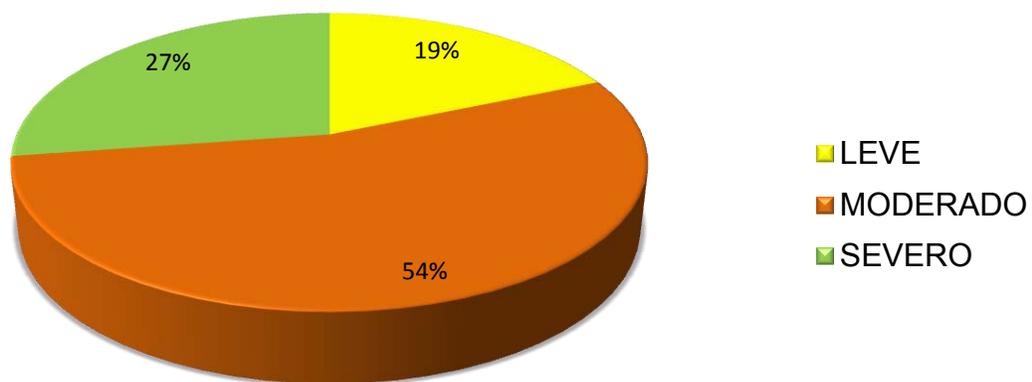
En cuanto al estrés percibido todas las pacientes percibieron algún grado de estrés siendo de tipo moderado el de mayor frecuencia con un 54.4%(n=87) seguido por el severo con 27.3%(n=44) y leve en un 18.6% (n=30).(Tabla 5).

TABLA 5. PERCEPCION DEL NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

NIVEL DE ESTRÉS	n	%
LEVE	30	18.6
MODERADO	87	54.0
SEVERO	44	27.3

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

GRAFICA 3. NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD



Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

APOYO CONYUGAL PERCIBIDO EN LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

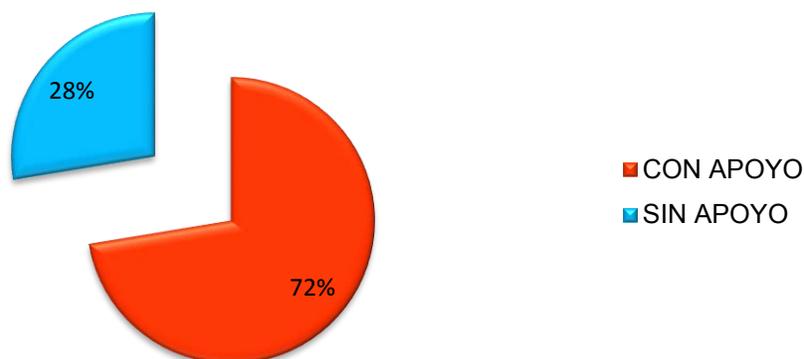
El 73.3 %(n=118) manifestó contar con apoyo conyugal siendo el área más funcional el apoyo conyugal expresado con 92.5%(n=149) seguido de apoyo conyugal positivo en 86.3% y apoyo conyugal negativo en 82.6% (n=133). (Tabla 6).

TABLA 6. APOYO CONYUGAL PERCIBIDO EN LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

CARACTERISTICA	n	%
<u>APOYO CONYUGAL</u>		
Con apoyo	118	73.3
Sin apoyo	43	26.7
A. <u>CONYUGAL POSITIVO</u>		
Funcional	139	86.3
Disfuncional	22	13.7
A. <u>CONYUGAL NEGATIVO</u>		
Funcional	133	82.6
Disfuncional	28	17.4
A. <u>CONYUGAL EXPRESADO</u>		
Funcional	149	92.5
Disfuncional	12	7.5

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

GRAFICA 4. APOYO CONYUGAL PERCIBIDO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD



Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

RELACION DEL NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO CON LOS FACTORES SOCIODEOGRAFICOS, CLINICOS Y BIOPSIICOSOCIALES DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD

Características de las pacientes con **estrés percibido de tipo leve** predomina el grupo de edad 20-30 años con 36.7% (n=11), casadas 83.3% (n=25), con preparatoria 56.7%(n=17), católicas 86.7% (n=26), empleadas 56.7% (n=17), tratamiento menor a un 53.3% (n=16) presentando infertilidad secundaria 25.8% (n=16). Con un perfil biopsicosocial donde predomino la inseguridad 50%(n=15), tristeza 46.7 (n=14), ansiedad 43.3%(n=13), miedo 36.7% (n=11) y enojo 26.7% (n=8); cefalea en el 46.7% (n=14), estreñimiento 23.3 % (n=7), disminución del rendimiento laboral 20% (n=6),disminución del deseo sexual en 20% (n=6), nausea 16.7% (n=5), Vomito 6.7% (n=2), dispareunia 6.7% (n=2). Con apoyo conyugal en el 96.7% (n=29), frecuencia de las relaciones sexuales satisfactoria en 22.5% (n=18), calidad de la relación sexual en 24% (n=21). (tablas 7-12)

Las pacientes que presentaron **estrés percibido moderado** la edad promedio fue de 31-35 años con 36.8% (n=32), casadas 83.9% (n=73), preparatoria 40.2% (n=35), empleadas 51.7% (n=45), con un inicio de tratamiento de 1-5 años 31.1% (n=50), presentando infertilidad primaria 54.5% (n=54). Con un perfil biopsicosocial donde predomino tristeza 75.9% (n=66), miedo 48.3% (n=23), ansiedad 36.8%(n=32), enojo 35.6% (n=31), inseguridad 35.6% (n=31), aislamiento 28.7% (n=25), agresividad 24.1 (n=2), disminución en el rendimiento laboral en 19.5% (n=17), cefalea 42.5% (n=37), estreñimiento 27.6% (n=24), nauseas 24.1% (n=21), disminución de la libido 23% (n=20), dispareunia 14.9% (n=13), vomito 3.4% (n=3). Con apoyo conyugal en el 74.7% (n=65), frecuencia de las relaciones sexuales no satisfactoria en 50.6% (n=44), calidad de la relación sexual satisfactoria en 54% (n=47). (Tablas 7-12)

En las pacientes con **estrés severo** se encontró predominio en el grupo de edad de 26-30 años 43.2% (n=19), casadas 88.6% (n=39), preparatoria 34.1% (n=15), profesionista 34.1% (n=15), católicas 84.1% (n=37), empleadas 50%(n=22), inicio de tratamiento de 1-5 años con 81.8% (n=36), presentando infertilidad primaria en 31.3% (n=31), con un perfil biopsicosocial donde predominó la tristeza 81.8% (n=36), ansiedad 54.5% (n=24), miedo 52.8 (n=23), Enojo 52.3% (n=23), Inseguridad 45.5% (n=20), aislamiento 47.7% (n=21), disminución del rendimiento laboral 36.6% (n=17), agresividad 36.4% (n=16), cefalea 63.6% (n=28), estreñimiento 38.6%(n=17), náuseas 29.5%(n=13), dispareunia 27.3%(n=12), disminución del deseo sexual 22.7%(n=10), vómito 13.6% (n=6), apoyo conyugal presente en 54.5%(n=24), frecuencia de las relaciones sexuales no satisfactoria 56.8%(n=25), calidad de la relación sexual no satisfactoria 56.8% (n=25).

(Tabla 7-12).

TABLA 7. RELACION DEL NIVEL DE ESTRÉS CON LOS FACTORES SOCIODEOGRAFICOS DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD DEL HGO 3 – UMAE.

ASPECTOS SOCIODEMO-GRAFICOS	NIVEL DE ESTRÉS						*P
	LEVE		MODERADO		SEVERO		
	n	%	N	%	n	%	
<u>EDAD</u>							
20-25	2	6.7	10	11.5	6	13.6	.089
26-30	11	36.7	23	24.4	19	43.2	
31-35	15	50	32	36.8	13	29.5	
36-40	2	6.7	22	25.3	6	13.6	
<u>EDO.CIVIL</u>							
CASADA	25	83.3	73	83.9	39	88.6	.729
U.LIBRE	5	16.7	14	16.1	5	11.4	
<u>ESCOLARIDAD</u>							
PRIMARIA	2	6.7	3	3.4	2	4.5	.368
SECUNDARIA	3	10.0	23	26.4	12	27.3	
PREPARATORIA	17	56.7	35	40.2	15	34.1	
PROFESIONAL	8	26.7	26	29.9	15	34.1	
<u>RELIGION</u>							
CATOLICA	26	86.7	71	81.6	37	84.1	.064
CRISTIANA	1	3.3	11	12.6	7	15.9	
OTRA	3	10.0	5	5.7	0	0	
<u>OCUPACION</u>							
EMPLEADA	17	56.7	45	51.7	22	50.0	.315
AMA DE CASA	13	43.3	34	39.1	17	38.6	
OBRERA	0	0.0	7	8.0	3	6.8	
DESEMPLEADA	0	0.0	1	1.1	2	4.5	

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad.

TABLA 8. RELACION DEL INICIO DE TRATAMIENTO CON EL NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

INICIO DE TRATAMIENTO	NIVEL DE ESTRÉS						*P
	LEVE		MODERADO		SEVERO		
	n	%	N	%	n	%	
<u>< 1 AÑO</u>	16	53.3	26	29.9	5	11.4	.001
<u>1-5 AÑOS</u>	12	40	50	31.1	36	81.8	
<u>6-10 AÑOS</u>	2	6.7	11	12.6	3	6.8	

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

TABLA 9. TIPO DE INFERTILIDAD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ESTRÉS DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD

TIPO DE INFERTILIDAD	NIVEL DE ESTRÉS						*P
	LEVE		MODERADO		SEVERO		
	n	%	n	%	n	%	
<u>PRIMARIA</u>	14	46.7	54	62.1	31	70.5	.119
<u>SECUNDARIA</u>	16	53.3	33	37.9	13	29.5	

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

TABLA 10. RELACION DE LA RESPUESTA BIOPSIOSOCIAL CON EL NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO EN LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD DEL HGO 3 – UMAE.

CARACTERISTICA	NIVEL DE ESTRÉS						*P
	LEVE		MODERADO		SEVERO		
	n	%	n	%	n	%	
<u>RESPUESTA PSICOSOCIAL</u>							
TRISTEZA							
• Presente	14	46.7	66	75.9	36	81.8	.003
• Ausente	16	53.3	21	24.1	8	18.2	
ENOJO							
• Presente	8	26.7	31	35.6	23	52.3	.061
• Ausente	22	73.3	56	64.4	21	47.7	
ANSIEDAD							
• Presente	13	43.3	32	36.8	24	54.5	.153
• Ausente	17	56.7	55	63.2	20	45.5	
MIEDO							
• Presente	11	36.7	42	48.3	23	52.8	.396
• Ausente	19	63.3	45	51.7	21	47.7	
INSEGURIDAD							
• Presente	15	50	31	35.6	20	45.5	.301
• Ausente	15	50	56	64.4	24	54.5	
AGRESIVIDAD							
• Presente	3	10.0	21	24.1	16	36.4	.028
• Ausente	27	90.0	66	75.9	28	63.6	
AISLAMIENTO							
• Presente	10	33.3	25	28.7	21	47.7	.101
• Ausente	20	66.7	62	15.5	23	52.3	
DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO LABORAL							
• Presente	3	10.0	17	19.5	17	38.6	.009
• Ausente	27	90.0	70	80.5	27	61.4	

RESPUESTA BIOLÓGICA (SINTOMAS)							
NAUSEAS	5	16.7	21	24.1	13	29.5	.435
• Presente	25	83.3	66	75.9	31	70.5	
• Ausente							
VOMITO	2	6.7	3	3.4	6	13.6	.110
• Presente	28	93.3	84	96.6	38	86.4	
• Ausente							
CEFALEA	14	46.7	37	42.5	28	63.6	.069
• Presente	16	53.3	50	57.5	16	36.4	
• Ausente							
ESTREÑIMIENTO	7	23.3	24	27.6	17	38.6	.301
• Presente	23	76.7	63	72.4	27	61.4	
• Ausente							
DISMINUCION DEL DESEO SEXUAL	6	20.0	20	23.0	10	22.7	.941
• Presente	24	80.0	67	77.0	34	77.3	
• Ausente							
DISPAREUNIA	2	6.7	13	14.9	12	27.3	.050
• Presente	28	93.3	74	85.1	32	72.7	
• Ausente							

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

TABLA 11. RELACION DEL NIVEL DE ESTRES CON EL APOYO CONYUGAL PERCIBIDO DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

APOYO CONYUGAL	NIVEL DE ESTRES						*P
	LEVE		MODERADO		SEVERO		
	n	%	n	%	n	%	
<u>CON APOYO</u>	29	96.7	65	74.7	24	54.5	.000
<u>SIN APOYO</u>	1	3.3	22	25.3	20	45.5	

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

TABLA 12. RELACION DEL NIVEL DE ESTRES PERCIBIDO CON LA SATISFACCION DE LA FRECUENCIA Y CALIDAD DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

RELACIONES SUXUALES	NIVEL DE ESTRES						*P
	LEVE		MODERADO		SEVERO		
	n	%	n	%	n	%	
<u>SATISFACCION EN LA FRECUENCIA</u>							.362
• SATISFACTORIA	18	60.0	43	49.4	19	43.2	
• NO SATISFACTORIA	12	40.0	44	50.6	25	56.8	
<u>SATISFACCION EN LA CALIDAD</u>							.072
• SATISFACTORIA	21	70.0	47	54.0	19	43.2	
• NO SATISFACTORIA	9	12.2	40	24.8	25	56.8	

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

RELACION DEL APOYO CONYUGAL PERCIBIDO CON LOS FACTORES SOCIODEOGRAFICOS, CLINICOS Y BIOPSIICOSOCIALES DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD

En las pacientes **con apoyo conyugal** el rango de edad predominante es de 31-35 años con 35.6% (n=42), casadas 85.6%(n=101), con preparatoria 41.5% (n=49), católicas 81.4%(n=96), empleadas 49.2% (n=58), con un tiempo de inicio de tratamiento de 1-5 años 58.8%(n=69), presentando infertilidad primaria 58.5%(n=69), en cuanto al perfil biopsicosocial manifestaron tristeza 67.8%(n=80), miedo 41.5%(n=49), inseguridad 41.5%(n=49), ansiedad 38.1%(n=45), enojo 33.9%(n=40), aislamiento 30.5%(n=36), agresividad 24.5%(n=30), disminución del

rendimiento laboral 20.3%(n=24), cefalea 44.9%(n=53), estreñimiento 29.7(n=35), nauseas 24.6%(n=29), disminución de la libido 17.8%(n=21), dispareunia 11.0%(n=13), vomito 4.2%(n=5), relación sexual satisfactoria en cuanto a frecuencia 55.9%(n=66), calidad de las relaciones sexuales satisfactoria 61.9% (n=73). (Tablas13-16)

En las pacientes **sin apoyo conyugal** predomino el grupo de edad de 31-35 con 41.9%(n=18), casadas 83.7%(n=36), preparatoria 41.9%(n=18), católica 88.4%(n=38), empleada 60.5%(n=26), con un lapso de tratamiento de 1-5 años 72.1%(n=31), presentando infertilidad primaria en 69.8%(n=30), en cuanto al perfil biopsicosocial manifestaron tristeza 83.7%(n=36),miedo 62.8%(n=27),ansiedad 55.8% (n=24), enojo 51.2% (n=22),aislamiento 46.5% (n=20), inseguridad 39.5 % (n=17), disminución del rendimiento laboral 30.2% (n=13), agresividad 23.3% (n=10), cefalea 60.5% (n=26), disminución dl seseo sexual 34.9% (n=15), dispareunia 32.6% (n=14), estreñimiento 30.2% (n=13), nauseas 23.3% (n=10), vomito 14.0% (n=6), relación sexual satisfactoria en cuanto a frecuencia 32.6% (n=14), calidad de las relaciones sexuales satisfactorias 32.6% (n=14). (Tabla 13-16)

TABLA 13. RELACION DEL EL APOYO CONYUGAL PERCIBIDO CON LOS ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS	APOYO CONYUGAL				*P
	CON APOYO		SIN APOYO		
	n	%	n	%	
EDAD					.886
• 20-25	13	11	5	11.6	
• 26-30	40	33.9	13	30.2	
• 31-35	42	35.6	18	41.9	
• 36-40	23	19.5	7	16.3	

<u>EDO.CIVIL</u>					
• CASADA	101	85.6	36	83.7	.471
• U.LIBRE	17	1.4	7	16.3	
<u>ESCOLARIDAD</u>					
• PRIMARIA	7	5.9	0	0.0	.146
• SECUNDARIA	29	24.6	9	20.9	
• PREPARATORIA	49	41.5	18	41.9	
• PROFESIONAL	33	28	16	37.2	
<u>RELIGION</u>					
• CATOLICA	96	81.4	38	88.4	.076
• CRISTIANA	14	11.9	5	11.6	
• OTRA	8	6.8	0	0.0	
<u>OCUPACION</u>					
• EMPLEADA	58	49.2	26	60.5	.075
• AMA DE CASA	53	44.9	11	25.6	
• OBRERA	6	5.1	4	9.3	
• DESEMPLEADA	1	0.8	2	4.7	

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

TABLA 14. RELACION DE DATOS CLINICOS DE INFERTILIDAD CON EL APOYO CONYUGAL PERCIBIDOS DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD

CARACTERISTICA	APOYO CONYUGAL PERCIBIDO				*P
	CON APOYO		SIN APOYO		
	N	%	n	%	
<u>TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO</u>					.160
• < 1 AÑO	39	33.1	8	18.6	
• 1-5 AÑOS	67	56.8	31	72.1	
• 6-10 AÑOS	12	10.2	4	9.3	

<u>INFERTILIDAD</u>					
• PRIMARIA	69	58.5	30	69.8	.131
• SECUNDARIA	49	41.5	13	30.2	

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

TABLA 15. RESPUESTA BIOPSICOSOCIAL Y EL APOYO CONYUGAL PERCIBIDO EN LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

CARACTERISTICA	APOYO CONYUGAL				*P
	CON APOYO		SIN APOYO		
	n	%	n	%	
<u>RESPUESTA PSICOSOCIAL</u>					
TRISTEZA					
• Presente	80	67.8	36	83.7	.033
• Ausente	38	32.2	7	16.3	
ENOJO					
• Presente	40	33.9	22	51.2	.036
• Ausente	78	66.1	21	48.8	
ANSIEDAD					
• Presente	45	38.1	24	55.8	.034
• Ausente	73	61.9	19	44.2	
MIEDO					
• Presente	49	41.5	27	62.8	.013
• Ausente	69	58.5	16	37.2	
INSEGURIDAD					
• Presente	49	41.5	17	39.5	.484
• Ausente	69	58.5	26	60.5	
AGRESIVIDAD					
• Presente	30	24.5	10	23.3	.476
• Ausente	88	74.6	33	76.7	
AISLAMIENTO					
• Presente	36	30.5	20	46.5	.046
• Ausente	82	69.5	23	53.5	

DISMINUCION DEL RENDIMIENTO LABORAL					
• Presente	24	20.3	13	30.2	.134
• Ausente	94	79.7	30	69.8	
<u>RESPUESTA BIOLOGICA (SINTOMAS)</u>					
NAUSEAS					
• Presente	29	24.6	10	23.3	.521
• Ausente	89	75.4	33	76.7	
VOMITO					
• Presente	5	4.2	6	14.0	.041
• Ausente	113	95.8	37	86.0	
CEFALEA					
• Presente	53	44.9	26	60.5	.058
• Ausente	65	55.1	17	39.5	
ESTREÑIMIENTO					
• Presente	35	29.7	13	30.2	.545
• Ausente	83	70.3	30	69.8	
DISMINUCION DEL DESEO SEXUAL					
• Presente	21	17.8	15	34.9	.020
• Ausente	97	82.2	28	65.1	
DISPAREUNIA					
• Presente	13	11.0	14	32.6	.003
• Ausente	105	89	29	67.4	

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad.

TABLA 16. RELACION DEL EL APOYO CONYUGAL PERCIBIDO CON LA SATISFACCION EN LA FRECUENCIA Y CALIDAD DE LAS RELACIONES SEXULES DE LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.

SATISFACCION DE RELACIONES SEXULES	APOYO CONYUGAL				*P
	CON APOYO		SIN APOYO		
	n	%	n	%	
<u>EN FRECUENCIA</u>					.012
• SATISFACTORIA	66	55.9	14	32.6	
• NO SATISFACTORIA	52	44.1	29	67.4	
<u>EN CALIDAD</u>					.001
• SATISFACTORIA	73	61.9	14	32.6	
• NO SATISFACTORIA	45	38.1	29	67.4	

Fuente: Encuesta a derechohabientes del HGO 3- UMAE en tratamiento de infertilidad

Se relaciona el estrés con el tiempo de inicio de tratamiento, incrementando en el periodo de 1 a 5 años (P=.001), con presencia de dispareunia cuando el nivel de estrés es de moderado a severo (P=.050), aun con apoyo conyugal persiste el estrés leve a moderado (P=.000). Las manifestación de tristeza (P=.033), enojo (P=.036), ansiedad (P=.034), Miedo (P=.013), aislamiento (P=.046), presencia de vómito (P=.041), disminución del deseo sexual (P=.020) y Dispareunia (P=.003), se presentaron en ausencia de apoyo conyugal. La satisfacción sexual (P=.012) y las relaciones sexuales en cuanto a calidad (P=.001), son favorecidas cuando existe apoyo conyugal.

DISCUSIÓN

La mayoría de la bibliografía refiere que en los países desarrollados y en los menos desarrollados se reporta retraso del primer embarazo; debido a la tendencia actual de posponer el embarazo por deseos de superación, desarrollo laboral y profesional de la mujer, es probable que este factor persista en nuestra población y esto reduce el tiempo para concebir.

En este estudio se observó que casi el cincuenta por ciento de las pacientes bajo tratamiento de infertilidad presentan estrés moderado y solo una cuarta parte estrés severo, con un apoyo por parte de su pareja de dos terceras partes siendo funcionales en todas las áreas como expresión, aspectos positivos y manejo de lo negativo.

Hjollund y colaboradores mencionan que la edad de la mujer es punto clave, ya que a medida que esta aumenta, el porcentaje de infertilidad es cada vez mayor. En su estudio de *factores causales de infertilidad femenina* encontraron que la edad de mayor incidencia de infertilidad femenina fue de 30 a 39 años, con predominio en mujeres de 35 a 39 años. (34); Romero RR. (6) En sus resultados obtenidos en su análisis de *factores de riesgo asociados con infertilidad femenina* encontró a las pacientes bajo tratamiento con infertilidad entre los 28 y 38 años de edad, siendo la edad de mayor riesgo 35 años. En nuestras pacientes estudiadas el grupo de mayor predominio bajo tratamiento de infertilidad fue de 31 a 35 años de edad donde inicia el declive biológico para concepción que aunque nuestro estudio no hizo asociación de riesgo, de acuerdo a la normativa es donde incrementa el riesgo reproductivo y obstétrico ocasionando mayor estrés ante este deseo de lograr concebir. Por lo tanto La edad está relacionada de forma inversamente proporcional con la fertilidad, observando que las tasas de embarazo disminuyen a medida que aumenta la edad.

En general se considera que una persona se encuentra sometida a una situación de estrés cuando ha de hacer frente a situaciones que sobrepasan sus recursos, de manera que percibe que no puede darles respuesta de forma efectiva. ⁽¹⁶⁾ Réka- Kollár reportó que el estrés global, las preocupaciones sociales relacionadas con la infertilidad, y la salud general de los problemas relacionados con la infertilidad tienen un efecto más intenso en las mujeres que en los hombres. ⁽³⁵⁾; Barra en su estudio *estrés percibido, afrontamiento y personalidad resistente en mujeres infértiles* encontró un predominio de estrés percibido de nivel moderado con un 44.3%, siendo similar a lo encontrado en nuestro estudio donde un poco más del 50% manifestó el mismo grado de estrés, el cual inicio a partir de los 26 años, con incremento marcado entre los 31 a 35 años, predominando en la infertilidad primaria y siendo de igual comportamiento en mujeres trabajadoras y amas de casa. Aunque cabe mencionar que solo evaluamos a la mujer esto nos traduce el estrés familiar. ⁽¹⁷⁾

Si bien no puede establecerse una relación directa entre estrés e infertilidad, algunos estudios sugieren que éste puede influir en el resultado de los tratamientos de fertilidad, disminuyendo el número de concepciones logradas o cuando menos puede ser un factor contributivo a la infertilidad.

La dificultad para lograr un embarazo ocasiona en la mujer sentimientos de frustración, derivados de las connotaciones que la maternidad tiene en nuestra sociedad y, por lo tanto, del significado que la maternidad tiene en la mujer. Todo esto origina una serie de consecuencias que van más allá del problema físico. La mujer infértil, sufre alteraciones emocionales que repercuten en su entorno social y de pareja, y que perturba por completo su vida.

En estudios que han evaluado las alteraciones emocionales de las parejas que consultan por infertilidad se ha encontrado lo siguiente: sentimientos de inadecuación, desesperación, pena, envidia y celos hacia la mujer embarazada,

miedo, pérdida de la libido, impotencia, inestabilidad emocional, pérdida de la autoestima, culpa, depresión, e ideación suicida. ⁽³⁵⁾

Rebaza R. en su estudio *satisfacción marital y ansiedad por concebir a un hijo en mujeres con diagnóstico de infertilidad* observo que el 66,7% de las mujeres con diagnóstico de infertilidad tienen un nivel alto de ansiedad por concebir un hijo, y el 33,3% tienen un nivel medio, lo que difiere con nuestro estudio ya que solo el 42.9% manifestó ansiedad sin embargo se encontraron otros síntomas psicológicos encabezados por la tristeza y miedo con un 72 % y 47.2 % respectivamente seguidos por la presencia de inseguridad y enojo con un 41% y 38.5%. (41) En el mismo estudio se encontró que las mujeres con diagnóstico de infertilidad se encuentran, en su mayoría, satisfechas en la interacción marital, en los aspectos emocionales y estructurales como organizacionales del cónyuge, lo que muestra que los esposos toman un regular interés en sus cónyuges con diagnóstico de infertilidad. Los cónyuges empatizan regularmente en las reacciones emocionales de su pareja, coincidiendo con Roca (2003), en que la comunicación de la pareja representa no sólo el medio idóneo para expresar sentimientos, pensamientos, temores y situaciones de la historia vital; si no que, facilita la forma de organizar la relación y crear una visión conjunta del mundo. ⁽³⁶⁾

Se dispone de escasos estudios acerca de las diferencias en las respuestas emocionales a la infertilidad entre hombres y mujeres. No obstante, se ha observado que la mujer tiende a verse más afectada. La tasa de sintomatología psicológica es mayor en las mujeres infértiles en comparación con sus parejas. ⁽³⁷⁾

Palacios B. en su estudio descriptivo de *los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento* encontró que la percepción sobre la influencia de la infertilidad en la pareja es similar en ambos sexos presentando apoyo conyugal en un 94.4% en mujeres y un 93.8% en hombre. Según la gran mayoría de las parejas estudiadas, la infertilidad no es un tema tabú. En efecto, sienten que pueden hablar con él (la) compañero (a) y se sienten apoyados por el otro durante

el tratamiento sin embargo determinaron que la infertilidad afecta más la vida sexual (33,7%) que la relación de pareja (15,4%).⁽³⁸⁾

En nuestro estudio el 73.3% de las pacientes con diagnóstico de infertilidad cuentan con apoyo conyugal percibido, sin embargo la mayoría de ellas se encontró con un nivel de estrés moderado hasta un 74.7%. Por lo que se observó que contar con el apoyo conyugal es independiente al nivel de estrés que puedan presentar las pacientes, ya que socialmente y al inicio del tratamiento de infertilidad se estigmatiza a la mujer como el problema de la concepción y la más expuesta a los procedimientos médicos.

Los problemas reproductivos juegan muchas veces un papel importante en el desencadenamiento de disfunciones sexuales (60%). Los métodos diagnósticos y el tratamiento médico de la infertilidad tienen un impacto negativo en los pilares fundamentales de la sexualidad: espontaneidad y privacidad.⁽³⁹⁾

La obligación de tener relaciones sexuales programadas, el efecto de ciertos medicamentos, el estrés, las alteraciones emocionales antes mencionadas y los momentos de tensión en la pareja, son causas frecuentes de disfunciones sexuales.⁽⁷⁾

Martín-Jiménez en su estudio *Vivencia de la sexualidad en hombres y mujeres en tratamiento de infertilidad en el Hospital «12 de Octubre» de la Comunidad de Madrid*, reporto que en la esfera de la satisfacción sexual, las mujeres afirman que, en general, están satisfechas con su sexualidad 51.4%. Esta afirmación contrasta con el resultado de los varones, ya que la satisfacción sexual en ellos es significativamente inferior 25.4%, observando que a mayor edad (35 años) y a mayor tiempo buscando la gestación (3 años), menor es la satisfacción sexual.⁽⁴⁰⁾

En forma general las pacientes con infertilidad estudiadas reportaron relaciones sexuales satisfactorias en cuanto a calidad en un 54%, pero en cuanto a frecuencia las relaciones sexuales fueron evaluadas como no satisfactorias. (50.3%), se observó que el incremento en el nivel de estrés se ve reflejado inicialmente en una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales y cuando el nivel de estrés es de moderado a severo la satisfacción sexual en cuanto a frecuencia se perciben como no satisfactorias, alterándose además la percepción de la calidad de las relaciones sexuales cuando se presenta un nivel de estrés severo; sin embargo, cuando se compara la satisfacción de las relaciones sexuales en cuanto a frecuencia y calidad asociadas al apoyo conyugal percibido por las pacientes infértiles en tratamiento en nuestro estudio se encontró que las pacientes que cuentan con apoyo conyugal percibido manifiestan relaciones sexuales satisfactorias en frecuencia y calidad durante el tratamiento de infertilidad, desafortunadamente no se cuentan con reportes de asociación entre apoyo conyugal y satisfacción sexual que nos permitan comparar nuestros resultados así mismo únicamente se tomó en cuenta la percepción femenina por lo que sería importante considerar la percepción masculina en nuestra población.

CONCLUSIONES.

El perfil sociodemográfico promedio encontrado en el presente estudio está dado por una edad promedio de 31- 35 años, en su mayoría casadas y de religión católica, con una escolaridad mínima de preparatoria, de ocupación empleada. El tiempo transcurrido de tratamiento que predominó fue de 1 a 5 años en un sesenta por ciento. En su mayoría con tratamiento de infertilidad primaria.

Los síntomas biológicos manifestados por las pacientes bajo tratamiento de infertilidad fueron cefalea, estreñimiento, náuseas, disminución de la libido, dispareunía, dentro de los síntomas psicológicos encontramos tristeza, miedo, ansiedad, inseguridad, enojo; de las conductas sociales fue aislamiento, Agresividad y disminución del rendimiento laboral.

El grado de estrés que predominó fue de tipo moderado en un 54%, manifestado un apoyo conyugal percibido en un 73.3%. con las siguientes características de las pacientes: una edad de 31-35 años, casadas, con preparatoria, empleadas, inicio de tratamiento de 1 a 5 años , en infertilidad primaria, los síntomas biológicos manifestados fueron cefalea , estreñimiento, náuseas, disminución de la libido, dispareunía, vómito , de los síntomas psicológicos fue tristeza, miedo , ansiedad, enojo, inseguridad; conductuales de aislamiento, agresividad, disminución del rendimiento laboral.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda implementar estrategias educativas en los tres niveles de atención como parte integral del tratamiento de la pareja infértil ya que de esta forma se dará un mejor seguimiento desde el punto de vista biopsicosocial, también consideramos importante implementar estrategias de orientación y apoyo psicológico a todas las pacientes que cursen con diagnóstico de infertilidad.

Es importante continuar las líneas de investigación ya que inicialmente solo se evaluaron a mujeres con diagnóstico de infertilidad sin embargo se debería evaluar a la pareja para observar los diferentes comportamientos durante el tratamiento de infertilidad.

Se recomienda difundir los factores de riesgo de infertilidad, dentro de ellos la edad materna avanzada y la postergación de la maternidad por deseos de superación y desarrollo laboral o profesional de la mujer ya que como hemos visto entre más factores de riesgo menor tasa de éxito.

Implementar estrategias de intervención psicológica en las parejas con diagnóstico de infertilidad durante todo su tratamiento, estas tendrán que orientarse al desarrollo de habilidades de afrontamiento al estrés así como la adaptación de la idiosincrasia de la pareja con el fin de aplicarlo a sus necesidades específicas.

Lo anterior no reduce la importancia de incorporar en los programas terapéuticos variables psicológicas que pueden contribuir a la integralidad de la atención, así como entender la infertilidad no solo desde una perspectiva biológica sino también de las reacciones que tiene la persona frente a ella, ya que afecta todas las

dimensiones de su vida y por cierto influye también en las actitudes y conductas frente al tratamiento.

Finalmente, ha de tenerse en cuenta que si se quiere enfrentar el problema de la infertilidad en los países en desarrollo deben diseñarse, programas que incluyan recursos en nivel de comunidad e intervenciones basadas en la comunidad para que se puedan desmitificar las causas de la infertilidad y dar a conocer por qué se produce y cómo se puede tratar mejor

Para futuras investigaciones se recomienda considerar, los aspectos sociales y personales además estos deberán ser medidos en las personas infértiles particularmente en diferentes entornos culturales para ampliar el panorama de infertilidad en nuestro país.

En todas las instituciones prestadoras de servicio de salud se debe construir y organizar sistema de apoyo formal para la pareja con diagnóstico de infertilidad. Dicho soporte brindará la oportunidad de prestar un servicio de salud con calidad y equidad.

BIBLIOGRAFIA

(1) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda, 2010. Estadísticas de nacimientos. Consulta interactiva de datos. México, INEGI, 2011.

(2) Práxedes RQ, Medina DM, Torres AL. Infertilidad. MediSur. Jun 2011; vol. 9 (4):66-77.

(3) Merck Serono, Análisis del mercado de infertilidad en México Octubre 2012, Ipsos Healthcare.

(4) Norma Oficial Mexicana De los Servicios de Planificación Familiar, NOM 005-SSA2 (16 de octubre de 1993).

(5) Domar, AD, Zuttermeister PC, Friedman R. The psychological impact of infertility: A comparison whit patients with other medical conditions. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1993; 14 suppl: 45-52.

(6) Romero RR, Romero GG, Abortes MI, Medina SH. Factores de riesgo asociados con infertilidad femenina. Ginecol Obstet Mex. 2008;76(12):717-721.

(7) Gonzalez LI, Miyar PE. Infertilidad y Sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (3): 291-295.

(8) Moreno-Rosset C. Infertilidad y reproducción asistida. Guía práctica de intervención psicológica. 1ª ed. Madrid: Edit. Pirámide; 2009.

- (9) Burt VK, Hendrick VC. Clinical Manual of Women's Mental Health. 1ª ed. Washington: Edit. American Psychiatric Publishing; 2005.
- (10) Masoli D. Diagnóstico de la infertilidad: Estudio de la pareja infértil. Rev Med Clin Condes. 2010; 21(3): 363-367.
- (11) Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina. 1ª ed. San José, Costa Rica: Edit. Editorama S.A; 2008.p. 11-15.
- (12) Urdapilleta L. Infertilidad, Estrés y Factores de Resiliencia. [Boletín electrónico mensual de SAMER]. Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva. Revista N° 8; 2004. Disponible en www.leticiaurdapilleta.com
- (13) Membrillo LA, Fernández OM, Quiroz PJ, Rodríguez LJ. Familia: Introducción al estudio de sus elementos. 1ª ed. México: Edit. ETM; 2008. p. 181-189.
- (14) Urdapilleta L, Fernández D. Aspectos Psicológicos de la Esterilidad. En: Chillik, C. ¿Por qué no podemos tener un hijo?. Buenos Aires: Ed. Atlántida; 2000. P. 207-220.
- (15) Oliveira ADC. Variables psicológicas en la infertilidad [Tesis Doctoral]. Salamanca, España: Universidad de Salamanca; 2010.
- (16) Mata BM, Sáenz UG, Ramírez HR. Infertilidad y control del estrés: Una visión desde la medicina conductual. Reflexiones. 2007; 86 (1): p. 77-86.
- (17) Barra AE, Vaccaro HMA. Estrés percibido, afrontamiento y personalidad resistente en mujeres infértiles. Psicología y Salud. 2013; 19(1): p. 113-119.

(18) Jenaro R, Moreno RC, Flores RN, Antequera JR. La evaluación psicológica en infertilidad: El "DERA" una prueba creada en España. Papeles del psicólogo. 2008; 29(2): p. 176-185.

(19) Gerrity D. A biopsychosocial theory of infertility. The Family Journal. 2001 April; 9(2). P.151-158.

(20) Campagne DM. El estrés ¿En qué momento del tratamiento médico de la infertilidad debe tratarse?. Papeles del Psicólogo. 2008; 29(2): p.197-204.

(21) Palacios E, Jadresic E. Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2000; 38(2): p.94-103. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272000000200004>.

(22) Roa MY. Los psicólogos y la infertilidad. Psicología y Salud. 2008 enero-junio; 18(1): p. 129-135.

(23) Moreno A, Guerra DD. Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida: Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida. Revista Iberoamericana de fertilidad. 2007; 1: p. 11-19.

(24) Brugo-Olmedo S, Chillik C, Kopelman S. Definición y causas de infertilidad. Rev Colomb Obst & Giecol. 2003; 54(4):p. 227-248.

(25) Parada MLM. Infertilidad y pareja: Construcciones narrativas como horizonte para la intervención. Diversitas: Perspectivas en Psicología. 2006 enero-junio; 2(1): p. 149-158.

(26) Ceberio RM. ¿Quién soy y de dónde vengo? El taller de Genograma: Un viaje a través del tiempo en las interacciones y en los juegos familiares. Capítulo 1.1ª ed. Buenos Aires: Edit. Tres Haches; 2004. p. 10-21.

(27) Linares JL. Del abuso y otros desmanes el maltrato familiar, entre la terapia y el control. 1ª. Ed. Barcelona: Edit. Paidos; 2002. p. 38-45.

(28) Gómez CF, Irigoyen CA, Ponce RE. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. 1999; 1(2): p. 45-57.

(29) Brizuela DV, Ojeda GA, Calderón EA, Cruz OL. Inventario de apoyo para la pareja (IAPP). En: Arellano L, Atri y Zetune R, Brizuela D, Calderón E, Cruz VC, Luna PM. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. 1ª ed. México: Edit. Pax México; 2006. p. 183-200.

(30) Llavona ULM. El impacto psicológico de la infertilidad. Papeles del Psicólogo. 2008 mayo-agosto; 29(2): p. 158-166.

(31) Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren, KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. Hum Reprod. 2007; 22(6): p. 1506-1512.

(32) Luna PMR, Velasco CML. Instrumentos de evaluación familiar en terapia familiar y de pareja. 1ª Ed. México: Edit Pax México; 2006.p. 36-43.

(33) Cohen S, Karmarck T, Mermelstein R.A Global Measure of Perceived Stress.J Health Social Behav. 1983; 24(4): p.385-396.

(34) Hjollund NH, Jensen TK, Bonde JP. Henriksen TB Et al. Distress an reduced fertility: a follow-up study of firt-pregnancy planners, fertil steril 1999; 72:47-53.

(35) Réka Eszter Cserepes, János Kollár, Tamás Sápy, Tewes Wischmann, Antal Bugán, Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women Archives of Gynecology and Obstetrics October 2013, Volume 288, Issue 4, pp 925-932.

(36) Rebaza Reyes, Rocío del Pilar y Julca Linares, María Beatriz Satisfacción marital y ansiedad por concebir un hijo en mujeres con diagnóstico de infertilidad. Rev Psicol. /11 2009 ISSN 1990-6757.

(37) Furman D. Estudio comparativo de los efectos psicológicos de la infertilidad en hombres y mujeres chilenos. Rev Chil Obstet Ginecol 1997; 62:6-14

(38) Palacios E, Jadresic E, Palacios F. Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.1 Santiago 2002.

(39) Fernández D, Urdapilleta L. Elementos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas sexuales derivados de la infertilidad y de su tratamiento médico. Rev Med Reprod CEGYR 1999; 2: 7-12.

(40) Drs. *Estela Palacios B., Enrique Jadresic M, Fernanda Palacios B, Cristián Miranda V., Rosario Domínguez,* Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.1 Santiago 2002.

ANEXOS

Anexo 1

		<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>		<p>NIVEL DE ESTRÉS Y APOYO CONYUGAL PERCIBIDO EN LAS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD.</p>	
Nombre del estudio:	No aplica.		
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.		
Lugar y fecha:	UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No 3		
Número de registro:			
Justificación y objetivo del estudio:	La prevalencia de la infertilidad ha ido aumentando en todo el mundo en la medida que se posterga la decisión de ser madre como resultado del difícil dilema que experimentan muchas mujeres al armonizar sus anhelos reproductivos con sus desarrollos en otros aspectos del quehacer social. El grado de estrés que pueden presentar las pacientes bajo tratamiento de infertilidad puede ser un condicionante para tener menos tasas de éxito, por lo que es importante abordar siempre el aspecto psicológico de la pareja, por lo que la presente investigación tiene como objetivo determinar el grado de estrés y el apoyo conyugal que perciben las pacientes bajo tratamiento de infertilidad.		
Procedimientos:	Aplicación de encuestas la cual consta de una ficha de identificación y datos generales, Aplicación de la escala de estrés percibido así como instrumento de apoyo a la pareja.		
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ayudar a conocer el grado de estrés que atraviesan las pacientes que se encuentran en tratamiento de infertilidad en el Hospital de Ginecología - Obstetricia "3"; al mismo tiempo nos dará la pauta para implementar algún nivel de intervención que nos ayude a mejorar la atención integral de las mismas a nivel institucional.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Toda información recabada es confidencial y solo en caso que la paciente lo solicite, en forma personalizada se le otorgará. A pacientes con identificación de estrés severo se orientará a acudir con su médico tratante para dar manejo adecuado y oportuno.		
Participación o retiro:	Si desea retirarse y no continuar la encuesta, lo hará sin repercusión alguna.		
Privacidad y confidencialidad:	El manejo de la información es confidencial y solo se utilizarán los datos para fines de docencia y educación de manera global.		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No Aplica		
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No Aplica		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable: Dra. Yanet Huerta Reyero Médico Gineco-obstetra, Matrícula: 11280182 Adscrita al Servicio de Biología de la Reproducción Hospital Gineco-Obstetricia No3 Víctor Manuel Espinoza de los Reyes Sánchez Centro Médico Nacional La Raza Calle Seris esquina con Antonio Valeriano S.N. Col. La Raza. CP 02990 México D.F. Tel: 557245900 Mail: yanethuertareyero@gmail.com			
Colaboradores: Dra. Santa Vega Mendoza. Profesor Adjunto de la Especialidad en Medicina Familiar. Matrícula: 11660511 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20 en Calzada Vallejo 675, Col. Magdalena de las Salinas, CP 0707750 México, D.F. Tel: 55874422 ext. 15320 y 15368. Mail: drasantavega0473@yahoo.com.mx y santa.vega@imes.gob.mx Dra. Salomé Mariana Cabañas Cruz. Residente de 2o año de Medicina Familiar Matrícula: 98350518, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20 en Calzada Vallejo 675, Col. Magdalena de las Salinas, CP 07750 México, D.F. Tel: 53331100 ext. 15320 y 15368. Mail: dra.mariana_smpoo@hotmail.com			
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 89 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imes.gob.mx			
_____ Nombre y firma del sujeto		_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Testigo 1		_____ Testigo 2	
_____ Nombre y firma		_____ Nombre y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013			

Anexo 3: Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale) PSS-14

En el último mes	Nunca	Casi Nunca	De vez en Cuando	A Menudo	Muy A menudo
1.- ¿Con que frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2.- ¿Con que frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3.- ¿Con que frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4.- ¿Con que frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	4	3	2	1	0
5.- ¿Con que frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	4	3	2	1	0
6.- ¿Con que frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar su problemas personales?	4	3	2	1	0
7.- ¿Con que frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
8.- ¿Con que frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9.- ¿Con que frecuencia ha podido controlar las dificultades en su vida?	4	3	2	1	0
10.- ¿Con que frecuencia ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
11.- ¿Con que frecuencia ha estado enfadada por que las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12.- ¿Con que frecuencia ha pensado en las cosas que le quedan por lograr?	0	1	2	3	4
13.- ¿Con que frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	4	3	2	1	0
14.- ¿Con que frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Anexo 4: INSTRUMENTO DE APOYO A LA PAREJA.

	SIEMPRE LO HACE	MUCHAS VECES LO HACE	ALGUNAS VECES LO HACE	RARA VEZ LO HACE	NUNCA LO HACE
Mi pareja con su amistad me brinda apoyo					
Ante mis problemas mi pareja se muestra comprensivo					
Mi pareja escucha mis problemas					
Ante mis problemas personales mi pareja me orienta					
Ante un problema mi pareja me apoya cooperando con lo que puede					
Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad					
Ante mis conflictos personales mi pareja me brinda sostén emocional					
Mi pareja es solidaria ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja me evita					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja se preocupa					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja me hace ver los pro y los contra de aquellos					
Ante mis problemas mi pareja me dice que está conmigo					
Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja me condena					
Mi pareja me apoya dándome amor					
Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles					
Ante una dificultad mi pareja me dice que yo puedo resolver cualquier problema					
Ante un problema mi pareja me confirma que me quiere					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja me juzga					
Mi pareja permanece cerca de mí cuando tengo problemas					
Ante mis problemas mi pareja muestra entendimiento					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja me aconseja					
Ante un problema mi pareja me orienta en su solución					
Cuando le platico a mi pareja mis problemas me dice que debo hacer y que no.					
Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja me cree					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja se comporta hostil					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja me acompaña en mi preocupación					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja me dirige en solución a ellos.					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja me critica					
Mi pareja me da cualquier seguridad para resolver cualquier problema					
Ante mis conflictos mi pareja se une a mis preocupaciones					
Mi pareja me ayuda cuando se lo pido					
Cuando tengo un problema con mi pareja se une a mí para buscar una solución					

Cuando le platico mis problemas a mi pareja es muy dura conmigo					
Mi pareja me respalda en mis decisiones					
Ante un problema mi pareja me da soporte emocional					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja rechaza mis soluciones					
Ante mis dificultades mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas					
Cuando tengo un problema mi pareja me consuela					
Cuando le platico mis problemas a mi pareja participa en una nueva reformulación de solución de conflicto					
Ante mis problemas mi pareja respeta mis decisiones					
Ante una dificultad mi pareja me guía en su solución					
Cuando tengo un problema mi pareja me ayuda a buscar una solución responsable.					
<p>En esta segunda parte marque con una X la opción que representa la forma como usted le comunica a su pareja sus conflictos, por favor sea lo más honesto posible, una sola respuesta por pregunta y no deje preguntas sin contestar.</p>					
A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío					
A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras					
Comparto mis problemas con mi pareja					
Cuando tengo un problema directamente pido a mi pareja su opinión					
A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío					
Comunico mis problemas con mi pareja					
Confío en mi pareja para confiarle cualquier preocupación mía					
Me gustaría enterar a mi pareja de mis problemas					
Ante mis problemas prefiero que mi pareja se mantenga al margen					
A mi pareja le agradezco cuando me escucha					
Ante un conflicto personal busco el consuelo de mi pareja					
Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja					
Comparto mis conflictos con mi pareja					
Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos					
Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales					
Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual					