



Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles

Jorge Carreño Meléndez,* Francisco Morales Carmona,* Claudia Sánchez Bravo,* Consuelo Henales Almaraz,* José Gabriel Espíndola Hernández*

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Objetivo: discriminar las variables que pueden explicar la depresión y la ansiedad en mujeres con problemas de esterilidad. Las variables independientes fueron: rol de género, asertividad y autoestima, y las dependientes: depresión y ansiedad.

Pacientes y métodos: participaron 240 pacientes que cumplían los criterios médicos de esterilidad. Se aplicaron cinco instrumentos: Inventario de masculinidad y feminidad, Cuestionario de asertividad, Inventario de autoestima, Escala de automedición de la depresión (ZUNG) e Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE). Las variables se obtuvieron mediante el análisis discriminante. Se construyeron dos modelos explicativos con un nivel de significación de 0.005.

Resultados: para la variable psicológica de la autoestima, el punto de corte que marca el instrumento es de 17 puntos (± 5), por lo que 75% de las mujeres (180) tuvieron una autoestima normal y 25% (60) baja. En cuanto a la ansiedad-rasgo, 60% (144) estuvieron dentro de la norma y 40% (96) por arriba del punto de corte. Para la ansiedad-estado, 52.9% (127) estaba por debajo del punto de corte y 47.1% (113) por arriba; en la última variable, la depresión, 67.9% (163) se encontraba abajo y 32.1% (77) por arriba del punto de corte.

Conclusiones: las pacientes con baja autoestima, orientación del rol de género de sumisión, ansiedad-rasgo y no asertividad tenderán a experimentar la cronicidad de los síntomas depresivos y ansiosos, independientemente de su padecimiento.

Palabras clave: rol de género, asertividad, autoestima, depresión, ansiedad.

ABSTRACT

Objective: To discriminate variables that could account for depression and anxiety in women with infertility. The independent variables were gender role, assertive behavior and self-esteem; the dependent variables were depression and anxiety.

Patients and methods: The sample consisted of 240 women selected through a special program intended to choose patients based on infertility medical criteria. Five tests translated into Spanish language were administered: Masculinity and femininity questionnaire, Assertive behavior questionnaire, Self-esteem questionnaire, Depression self-assessment scale (ZUNG) and State-trait anxiety inventory. Intervening variables were obtained through discriminant analysis. Three explaining models were built with $p = 0.005$.

Results: For the psychologic variable of the self-esteem, the cut point marked by the instrument is 17 points (± 5), so that, 75% (180) of the women had a normal self-esteem and 25% (60) obtained a low self-esteem score. As for the anxiety-feature, 60% (144) were normal and 40% (96) were over the cut point. For anxiety-state, 52.9% (127) were below the cut point and 47.1% (113) over. In depression, the last variable, 67.9% (163) of them were below and 32.1% (77) over the cut point.

Conclusions: Patients showing low self-esteem will tend to show depression and anxiety symptoms chronically, no matter their disorder.

Key words: gender, assertive, self-esteem, depression, anxiety.

RÉSUMÉ

Objectif : discriminer les variables qui peuvent expliquer la dépression et l'anxiété chez des femmes avec des problèmes de stérilité. Les variables indépendantes ont été rôle de genre, assertivité et estime de soi, et les dépendantes, dépression et anxiété.

Patients et méthodes : 240 patientes qui réunissaient les critères médicaux de stérilité ont participé. On a appliqué cinq instruments : Inventaire de masculinité et féminité, Questionnaire d'assertivité, Inventaire d'estime de soi, Échelle d'auto-évaluation de la dépression (ZUNG) et Inventaire d'anxiété trait-état (IDARE). Les variables ont été obtenues au moyen de l'analyse discriminant. On a construit deux modèles explicatifs avec un niveau de signification de 0.005.

Résultats : pour la variable psychologique de l'estime de soi, le point de coupure qui marque l'instrument est de 17 points (± 5), d'où 75% des femmes (180) ont eu une estime de soi normale et 25% (60) une estime de soi faible. Quant à l'anxiété-trait, 60% (144) ont été dedans la norme et 40% (96) par-dessus du point de coupure. Pour l'anxiété-état, 52.9% (127) était par-dessous du point de coupure et 47.1% (113) par-dessus ; dans la dernière variable, la dépression, 67.9% (163) se trouvaient au-dessous et 32.1% (77) au-dessus du point de coupure.

Conclusions : les patients avec une faible estime de soi, orientation du rôle de genre de soumission, anxiété-trait et non assertivité auront tendance à expérimenter la chronicisation des symptômes, tant dépressifs comme anxieux, indépendamment de leur souffrance.

Mots-clés : rôle de genre, assertivité, estime de soi, dépression, anxiété.

RESUMO

Objetivo: discriminar as variáveis que podem explicar a depressão e a ansiedade em mulheres com problemas de esterilidade. As variáveis independentes foram papel de gênero, assertividade e auto-estima, e as dependentes foram depressão e ansiedade.

Pacientes e métodos: participaram 240 pacientes que cumpriram os critérios médicos de esterilidade. Aplicaram-se cinco instrumentos: Inventário de masculinidade e feminidade. Questionário de assertividade. Inventário de auto-estima, Escala de auto-medição da depressão (ZUNG) e inventário de ansiedade rasgo-estado (IDARE). As variáveis se obtiveram mediante o análise discriminante. Construíram-se dois modelos explicativos com um nível de significância de 0,005.

Resultados: para a variável psicológica da auto-estima, o ponto de corte que marca o instrumento é de 17 pontos (± 5), pelo qual 75% das mulheres (180) tiveram uma auto-estima normal e 25% (60) uma auto-estima má. Ao respeito da ansiedade-rasgo, 60% (144) estiveram dentro da norma e 40% (96) por cima do ponto de corte. Para a ansiedade-estado, 52,9% (127) estava por baixo do ponto de corte e 47,1% (113) por cima; na última variável, a depressão, 67,9% (163) achavam-se por baixo e 32,1% (77) por cima do ponto de corte.

Conclusões: as pacientes com baixa auto-estima, orientação do papel de gênero de submissão, ansiedade-rasgo e não assertividade experimentarão a cronicidade dos sintomas, tanto depressivos quanto de ansiedade, independentemente do seu padecimento.

Palavras chave: papel de gênero, assertividade auto-estima, depressão, ansiedade.

La Organización Mundial de la Salud considera a la infertilidad como un problema de salud pública, ya que se ha incrementado significativamente en la población de todo el mundo. Para esta organización, el concepto de salud abarca las áreas física, psíquica y social, y no meramente la ausencia de enfermedad. Por esta razón, y debido a la importancia de la salud reproductiva, la define como una condición en la cual el proceso reproductivo se logra en un estado completo de bienestar físico, mental y social. Según esta descripción, la pareja estéril es ajena a esa condición de salud reproductiva.¹

Pese a los avances tecnológicos, los métodos de reproducción asistida y las recientes propuestas, el padecimiento, lejos de tener un mejor pronóstico, se ha extendido. Se conoce actualmente un amplio conjunto de factores que impiden la fertilidad. De

acuerdo con autores como Bustos² y Sciarra,¹ la esterilidad varía dependiendo de la población en estudio; la esterilidad mixta se refiere a la combinación de factores masculinos y femeninos, en proporciones similares. En general, a diferencia de los hombres, las mujeres crecen y se desarrollan con la convicción de que algún día podrán convertirse en madres; por eso, la maternidad frustrada constituye un problema complejo, doloroso y muchas veces permanente, que influye en la calidad de vida. El hecho de no poder procrear o de padecer un deterioro reproductivo afecta de manera significativa a las mujeres en su sentido de competencia y feminidad. El ser biológicamente "imperfecta" demanda un nuevo significado de ser mujer.³

Castelazo y col.,⁴ Carreño y col.⁵⁻⁶ e Imenson y McMurray⁷ mencionaron que la experiencia de la esterilidad se circunscribe a cuatro temas: 1) cambios en el estilo de vida, 2) modificación de los conceptos de autoestima y autoconcepto, 3) generación de síntomas depresivos y ansiosos y 4) aislamiento social (resulta doloroso tratar el tema de la infertilidad con los demás).

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

* Departamento de psicología, Instituto Nacional de Perinatología.

Correspondencia: Mtra. Claudia Sánchez Bravo. Montes Urales 800, colonia Lomas Virreyes, CP 11000, México, DF.
E-mail: clausanbra@yahoo.com
Recibido: febrero, 2007. Aceptado: febrero, 2007.

Este artículo debe citarse como: Carreño MJ, Morales CF, Sánchez BC, Henales AC, Espíndola HJG. Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles. Ginecol Obstet Mex 2007;75:133-41.

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

el resto del mundo.^{1,3,7} 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.^{7,8} 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.

Burin y Meler⁹ señalan que la subjetividad de las mujeres se enfoca en el trabajo reproductivo, con la convicción social de que entre más hijos tengan más se autoafirman como sujetos, porque con la maternidad crean las bases de su posición como individuos sociales y psíquicos. Se afirma que las mujeres infértiles sufren grados de depresión y ansiedad equivalentes a otros problemas de salud-enfermedad, como el VIH, el cáncer o las alteraciones cardiovasculares.⁷

La esterilidad humana, con frecuencia, viene a descubrir toda una serie de cambios emocionales que interfieren en la toma de decisiones en distintas áreas de la vida.

Por lo anterior, en la psicología los teóricos de la esterilidad ven la necesidad de reconocer las alteraciones emocionales que ocurren a lo largo de los procesos de diagnóstico y tratamiento, en particular con la idealización de la maternidad, que se constituye, por lo general, en una circunstancia enaltecedora de la autoestima para las mujeres, más allá de la relación conyugal y de la disposición o la habilidad para la crianza.¹⁰ Las personas que tienen baja autoestima parecen más vulnerables a experimentar sentimientos de culpa expresada a través de múltiples síntomas, como depresión y ansiedad, que son los más frecuentes, por la creencia de que realmente no merecen un embarazo.⁶

Además de estos dos síntomas, se ha reportado una variedad de trastornos psicosomáticos vinculados con diversos procesos del ciclo reproductivo; desde tensión, irritabilidad y malestar leve, hasta depresión profunda. La esterilidad es un campo que requiere grandes contribuciones, especialmente por ser un área fructífera para la sobreinterpretación biológica.¹⁰

Cuando se habla de autoestima se le relaciona con la variable de género. Kling, Shibley y colaboradores¹¹ sostienen que existen diferentes autoestimas de acuerdo con el género. El concepto de valía tiene su fundamento y se desarrolla al inicio de la infancia;

pasa por diversas etapas hasta lograr su integración. El resultado total es una sensación generalizada de valía o incapacidad.

La autoestima y la asertividad son conceptos que se encuentran íntima y directamente ligados, es decir, una adecuada asertividad supone un grado apropiado de autoestima y a la inversa.

Otros autores, como Alberti y Emmons,¹² consideran que la conducta asertiva permite a una persona actuar en función de su propio interés, defenderse a sí misma sin ansiedad y expresar sus derechos sin destruir los de otros, por lo cual puede comunicarse en forma directa y adecuada en situaciones sociales e interpersonales.

En forma explicativa, la asertividad se ha dividido en tres dimensiones para que la gente exprese su conducta: indirecta, situaciones cotidianas y no asertividad.

La asertividad no es una característica o rasgo aislado de la personalidad, sino que interactúa dentro de un contexto sociocultural determinado, de ahí que la conducta asertiva pueda tener efectos distintos según la cultura; puede ser deseable o no, por lo que en el adiestramiento tiene que tomarse en cuenta el contexto cultural. Para Rees y Gram,¹³ el concepto de asertividad no es universal; para definirla y aplicar un adiestramiento asertivo siempre hay que considerar: 1) la cultura y la subcultura, sus formas de concebir la asertividad y de socializarla; 2) la asertividad es un concepto multidimensional que tiene un número variable de dimensiones y factores y 3) la asertividad está determinada por aspectos situacionales e interactúa con variables sociodemográficas de los sujetos.

En una investigación realizada en el Centro Médico de la Universidad de Indiana, Estados Unidos, Aschen¹⁴ introdujo ese tipo de capacitación en pacientes psiquiátricos, utilizando un diseño de cuatro grupos de Solomon. Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron el adiestramiento sufrieron menos ansiedad.

El adiestramiento asertivo ayuda a mantener una autoestima alta, además de que permite conocer qué tanto la conducta agresiva y la pasiva sirven para alcanzar los objetivos deseados.

Desde principios del decenio de 1980 se destacaba esta correlación entre la asertividad y la autoestima.

Fernsterheim y Baer¹⁵ afirmaban que la asertividad es igual a la autoestima. Las personas no asertivas tienen baja autoestima, lo cual genera ansiedad en situaciones sociales que las llevan a no expresar sus sentimientos y a dejar que otros tomen ventaja de ellos.

Petrie y Rotheram,¹⁶ por su parte, aseveraban que la asertividad y la autoestima se asocian con el estrés, es decir, las personas con alta autoestima y muy asertivas están poco estresadas.

La literatura sobre asertividad señala que ésta se manifiesta como un componente multifactorial y como producto de una interacción entre variables internas y externas; toma como elementos fundamentales aspectos como la edad, la escolaridad, el estado civil y el género.

El concepto de género tiene tres vertientes: el papel de género, los estereotipos y el comportamiento. Según Lara,¹⁰ el papel de género se refiere a las preinscripciones, normas, expectativas y comportamiento entre hombres y mujeres. Los estereotipos tienen que ver con las creencias, las expectativas y las atribuciones sobre cómo es y cómo se comporta cada sexo.

Por lo anterior, el propósito de esta investigación fue identificar las variables que se discriminan para explicar los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles, a partir de nuevas unidades de análisis como el rol de género, la dimensión de la asertividad y el grado de autoestima.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental y correlacional, con un diseño ex-post-facto, confirmatorio, transversal multivariado, de una sola muestra dividida en dos grupos de observaciones independientes.

La muestra se obtuvo mediante el programa para calcular muestras SAMPLE; se estableció el número representativo a partir de 1026 ingresos anuales al Instituto Nacional de Perinatología (INPer) durante 2003, para atención por esterilidad, con un parámetro de estimación de 20%, que representa el porcentaje máximo en el que ocurre la problemática depresiva y ansiosa en la población estéril, con un nivel de confianza de 0.05. La muestra quedó integrada por 240 mujeres que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: ser pacientes del Instituto Nacional de

Perinatología, asistir a las clínicas de esterilidad o reproducción asistida, tener diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria, distintos periodos de evolución de la esterilidad, escolaridad mínima de primaria y edad de 19 a 42 años, sin padecimientos psiquiátricos observados clínicamente.

Instrumentos

*Inventario de autoestima de Coopersmith (1993).*¹⁰ La investigación mostró que el instrumento tiene confiabilidad y validez adecuadas para la población mexicana.

Instrumento para medir la asertividad. A través de la aplicación de un análisis factorial se obtuvieron tres factores: asertividad en situaciones cotidianas, asertividad por medios indirectos y no asertividad, con una alta validez concurrente y discriminante.¹⁷

Instrumento para medir la ansiedad rasgo-estado (IDA-RE). La prueba se construyó con el fin de desarrollar una sola escala de ansiedad rasgo-estado de autoaplicación para grupos y de forma individual.¹⁸

Instrumento para medir la depresión (EAMD) actualizado. Se realizaron revisiones en 1974, 1989 y 1991.¹⁹

Procedimiento

Durante dos años se invitó a participar en la investigación a las pacientes que asistían a las clínicas de esterilidad o reproducción asistida; una vez que aceptaban, firmaban el consentimiento informado, donde se explicaba que el estudio no tendría ningún costo para ellas. En caso de que la paciente requiriera atención, ésta sería proporcionada sin costo por el Departamento de Psicología, mismo que también aplicó los instrumentos. Si los datos de la ficha de identificación estaban incompletos se excluían de la muestra; cuando los instrumentos tenían más de cuatro reactivos sin contestar, quedaban invalidados; si faltaba algún cuestionario, se procedía a la eliminación del caso.

RESULTADOS

Los procedimientos estadísticos que se aplicaron inicialmente fueron el análisis de frecuencia, el cual permite describir la muestra con respecto a los datos sociodemográficos.

En referencia a la edad, las participantes tuvieron una media de 30.16 (\pm 4.31), un mínimo de 19 años y un máximo de 42. La evolución de la esterilidad fue de 5.4 años (\pm 3.12), mínimo un año y máximo de 19. La esterilidad primaria tuvo mayor frecuencia, ya que 67.9% de las mujeres nunca se habían embarazado; sin embargo, el restante 32.1% se había embarazado al menos en una ocasión; sólo 8% (19) tenía un hijo vivo; estas últimas estaban en busca de otro embarazo.

El ingreso económico fue variable; la media fue de 2,248.21 (\pm 1,870.70) con un mínimo de 300 y un máximo de 12,000 pesos mensuales; 81.7% de las entrevistadas tenía un ingreso inferior a 3,000; 6.88% tenían de 3,500 a 5,000; un 11.5%, un rango de 5,800 a 12,000 mensuales. La mayoría de la población se ajustaba al criterio de población socioeconómica baja a media.

En cuanto al estado civil, 86.3% eran casadas y 13.7% vivían en unión libre. De las 240 mujeres evaluadas, 68.8% dedicaban la mayor parte de su tiempo a trabajar dentro del hogar; 31.2% trabajaba fuera. La actividad económica a la que se dedicaban variaba de profesionistas a empleadas domésticas, lo que indica la diversidad de participantes que conformaron la muestra.

La escolaridad tuvo una media de 10.53 (\pm 2.91). Este valor se ubica dentro del nivel de bachillerato; el grado mínimo requerido fue el de primaria; 12.5% (30) obtuvieron instrucción básica; 37.5% (90) educación media; 35.8% (81) bachillerato; 12.9% (31) tenía estudios de licenciatura y, por último, 1.3% (3) posgrado.

Para la variable psicológica de la autoestima, el punto de corte que marcó el instrumento fue de 17 puntos (\pm 5); de acuerdo con él, 75% de las mujeres (180) tuvieron autoestima normal y 25% (60) baja. Respecto a los valores de ansiedad-rasgo, 60% (144) estuvieron dentro de la norma y 40% (96) por arriba del punto de corte. Para la ansiedad-estado, 52.9% (127) se encontraba por debajo del punto de corte y 47.1% (113) por arriba. En la última variable, la depresión, 67.9% (163) estaba por debajo del punto de corte y 32.1% (77) por arriba.

Después, se llevó a cabo la estadística inferencial. En el cuadro 1 se muestran las correlaciones de las variables; aquellas que tuvieron un valor mayor de 0.50 se sometieron al análisis discriminante.

Cuadro 1. Correlación de las variables clínicas y la depresión

Variable	Variable correlacionada	Correlación Pearson	Significación unilateral
Depresión	Ansiedad-rasgo	0.777	0.000
	Ansiedad-estado	0.557	0.000
	Autoestima	-0.740	0.000

En primera instancia, las variables clínicas ansiedad rasgo-estado y depresión están vinculadas entre ellas, pero no con las variables sociodemográficas.

En el cuadro 2 se puede observar la relación inversamente proporcional en las variables clínicas, es decir, en la ansiedad rasgo-estado y la asertividad indirecta.

Cuadro 2. Correlación de la autoestima con otras variables clínicas

Variable	Variable correlacionada	Correlación de Pearson	Significación unilateral
Autoestima	Ansiedad-rasgo	-0.748	0.000
	Ansiedad-estado	-0.523	0.000
	Asertividad indirecta	-0.430	0.000

En el cuadro 3 se aprecia una relación positiva y directa entre las variables de rol de género de sumisión con la depresión y la ansiedad.

Cuadro 3. Correlación de la sumisión y las variables clínicas

Variable	Variable correlacionada	Correlación de Pearson	Significación unilateral
Sumisión	Depresión	0.530	0.000
	Ansiedad-rasgo	0.585	0.000
	Asertividad indirecta	0.548	0.000

Una vez que se aplicó la prueba de correlación, se hizo el análisis discriminante, cuyo objetivo fundamental fue identificar las variables que intervenían en la explicación de la depresión y la ansiedad.

Los puntajes de la depresión se dividieron en dos: los que estaban por debajo del punto de corte, que indicaban que no había síntomas depresivos; y los que estaban por arriba del punto de corte, que implicaban síntomas depresivos leves, moderados y severos (APA,

1995).²⁰ Para fijar los puntos de corte se tomaron en cuenta los parámetros enunciados por González y Morales²¹ en la prueba normatizada en la población del Instituto Nacional de Perinatología. El punto de corte de la depresión se estableció en 44 o más, en bruto, ya que de mantener el parámetro anterior se estaría sobrediagnosticando.

Los diferentes instrumentos (rol de género, asertividad y autoestima con todas las subescalas) se incluyeron en el análisis discriminante; también se tomaron en cuenta las referencias de la asociación entre la ansiedad y la depresión. Para este análisis se manejó como variable independiente el instrumento de ansiedad rasgo-estado.

El primer modelo explicativo de la depresión con ocho variables reflejó los valores de cada una y su contribución en términos de asociación (figura 1).

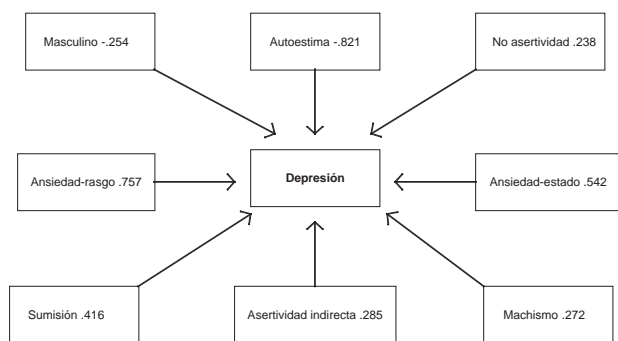


Figura 1. Modelo explicativo de la depresión.*

* Extracción de las variables explicativas por análisis discriminante.

El segundo modelo explicativo de la ansiedad-rasgo, al igual que la variable anterior, se dividió a partir del punto de corte. Las mujeres que clasificaron por arriba del punto de corte tenían manifestaciones de ansiedad-rasgo permanentes; las variables agrupadas fueron cinco (figura 2). En las mujeres con ansiedad-rasgo el grado de autoestima fue bajo, y fueron notorios el rol de género de sumisión, asertividad por medios indirectos, machismo y no asertividad.

El tercer modelo mostró que en la función de ansiedad-estado la primera variable es también la autoestima (para la comparación de los valores de los tres modelos explicativos, cuadro 4). El 85% de los casos para cada una de las matrices discriminantes se

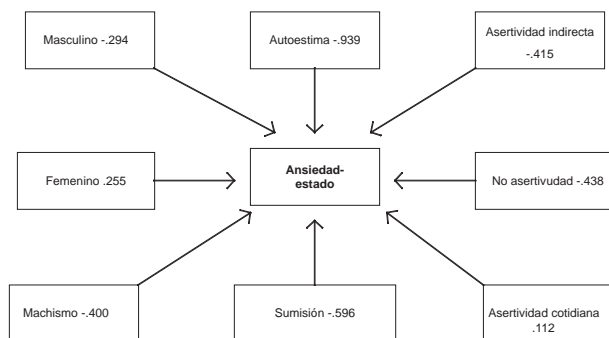


Figura 2. Modelo explicativo de la ansiedad estado.*

* Extracción de las variables explicativas por análisis discriminante.

Cuadro 4. Contribución de las variables en los modelos explicativos de las funciones

Variable	Función 1* depresión	Función *1 ansiedad-rasgo	Función *1 ansiedad-estado
Autoestima	-0.821	-0.825	-0.939
Ansiedad-rasgo	0.757		
Ansiedad-estado	0.542		
Sumisión	0.416	0.454	-0.596
Asertividad indirecta	0.285	0.376	-0.415
Machismo	0.272	0.327	-0.400
Masculino	-0.254		0.294
No asertividad	0.238	0.301	-0.438
Asertividad cotidiana	-0.09		0.112
Femenino	-0.007		0.255

* Obtenidos con análisis discriminante, siendo funciones independientes.

agrupó correctamente, con una explicación de varianza de 100% y significación de 0.005.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para la construcción de los modelos explicativos no se incluyeron los factores sociodemográficos en el análisis discriminante. Esto puede indicar que, al menos para esta muestra, variables tales como el periodo de evolución, las pérdidas perinatales, la esterilidad primaria o secundaria, los hijos nacidos vivos, el trabajo dentro o fuera del hogar y la escolaridad no tienen poder discriminante. Es importante destacar esto, ya que han tenido un valor preponderante en investigaciones previas relacionadas con la depresión y la ansiedad. Estadísticamente las variables psicológicas,

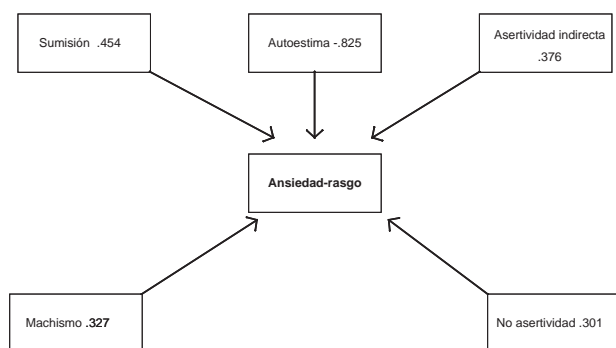


Figura 3. Modelo explicativo de la ansiedad-rasgo.*

* Extracción de las variables explicativas por análisis discriminante.

como rol de género, asertividad y autoestima poseen mejor poder explicativo para este modelo en torno a los síntomas de depresión y ansiedad.

La ansiedad-rasgo se refiere a las variaciones individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a la manera en que responden las personas a situaciones percibidas como amenazantes. Se describen como disposiciones conductuales adquiridas e involucran residuos de experiencias pasadas que predisponen al individuo tanto a ver el mundo en un sentido específico, como a manifestar su tendencia de respuesta ansiosa.²² Esto conduciría, como punto medular de este trabajo, a proponer que cuando las mujeres estériles de la muestra tienen manifestaciones de ansiedad-rasgo como una forma de afrontar la problemática de la vida cotidiana y no como estrategia adaptativa, los síntomas se volverían crónicos. La manera en que se enfrentan a la esterilidad sólo revela la posición que mantenían antes de saberse estériles. La variable de ansiedad-estado, por lo general, la muestran las pacientes infértiles al afrontar una situación de prueba (en este estudio fueron 50%, aproximadamente); sin embargo, el análisis discriminante indica que es una condición previa en las mujeres con depresión; pudiera ser una reacción adaptativa siempre y cuando los síntomas no sean severos y crónicos. En el caso de la infertilidad, las influencias culturales no sólo moldean la expresión de los síntomas de la enfermedad, sino también la reacción del individuo y de su medio social a éstos.²² No se puede pasar por alto que cuando se encuentra una adaptación aparente mediante la expresión de síntomas como depresión y ansiedad, y

ésta pudiera parecer adecuada, es tan sólo un último recurso para intentar un mayor ajuste, aunque condicionado desde la integración del rol de género, la dimensión de asertividad y la autoestima baja. Esta construcción se forma a partir de la crianza y de la propia experiencia del infante. Durante los primeros años de vida, los padres tendrán la función de ayudar a la diferenciación del mundo interno y externo para la incorporación del niño al mundo social. Las primeras experiencias se vuelven auténticas directrices del psiquismo. Los individuos, debido al contexto en el que se transmitieron estas cargas sociales y afectivas, permanecen, a lo largo de la vida, expresándose en distintas situaciones, sean conflictivas o no.

El aislamiento de estas variables psicológicas permite suponer que la depresión es una característica que estas mujeres han mantenido desde antes de saber que tenían problemas reproductivos. Desde luego, esta alteración se ve exacerbada por los procesos de diagnóstico y tratamiento, muchos de ellos fallidos.

La primera reacción ante el diagnóstico de infertilidad es la ansiedad-estado. Esta forma de la ansiedad es defensiva, instantánea ante el peligro, y ejerce una función protectora. Desde una perspectiva ontogénica, los miedos comunes son una adquisición biológica temprana destinada a preservar al infante de posibles daños. Al evaluar la ansiedad desde un contexto etiológico y evolutivo, se considera que la ansiedad-estado es una reacción adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro, que permite aumentar las posibilidades de lucha y huida.²³ En sentido genérico, constituye una emoción o afecto, caracterizada por un estado de alerta ante una señal difusa de peligro o amenaza a la identidad del Yo.²³ De igual forma que muchos otros trastornos de origen diverso, la ansiedad entraña componentes biológicos, existenciales y afectivos. Se concibe no como un proceso fisiológico, sino más bien psicológico, como una señal que aparece ante el peligro o la amenaza, y es central en el conflicto psíquico y en la procedencia de las defensas psicológicas de distintos tipos. La más frecuente son los síntomas reportados por la paciente como muy intensos. La reacción y la intensidad dependerán de la evaluación subjetiva de peligro realizada por la persona; la persistencia de este síntoma se da en la insistencia para interpretar esa

situación como peligrosa. Independientemente de su origen, el organismo no reconoce si esa interpretación de peligro es falsa o verdadera. La vivencia se expresa con sensaciones psicológicas y fisiológicas; esto se traduce en una ansiedad provocada por una valoración poco clara de dichas señales, ya que cualquier pequeña modificación del entorno se interpreta como estímulo, como una amenaza a la integridad.

La ansiedad se percibe como un estado emocional complejo, que surge inespecíficamente cuando el ser humano se ve amenazado en su integridad, ya sea física, psicológica o ambas. Esto da lugar a conflictos psicológicos, a trastornos fisiológicos o a desadaptación social, como sucede con 30% de las mujeres que están en tratamiento por problemas de infertilidad, que en su caso experimentan trastornos adaptativos crónicos con ansiedad, depresión o ambas.^{20,24} Si la vivencia de sufrimiento se prolonga durante los tratamientos, no se logra compensar el deseo de la maternidad y las estrategias de afrontamiento puestas en juego no funcionan; después de cierto tiempo, se vive un impacto en la calidad de vida que irá minando la convivencia y la salud psicológica de las personas que no logren el embarazo.

Cuando la variable de depresión se sometió al análisis discriminante, en torno a ella se agrupó la autoestima como función inversa; es decir, las personas con depresión tuvieron autoestima y asertividad bajas, y ansiedad-rasgo, ansiedad-estado, asertividad indirecta y no asertividad altas. Desde luego, esto es congruente con algunas explicaciones de la depresión. Aunado a lo anterior, cuando una mujer tiene problemas reproductivos, los síntomas se incrementan como en esta muestra. En términos generales, se esperaría un porcentaje menor y no el registrado de 32.1%, ya que en poblaciones hospitalarias, aproximadamente 15% experimentan síntomas. La asertividad en situaciones cotidianas se encuentra baja o bien las pacientes no acuden a este medio para expresarse, aun cuando sea un recurso sano, por lo que tienen que utilizar otra dimensión de asertividad indirecta o no asertividad; son expresiones no adaptativas que generan síntomas. Esto significa que las pacientes no puedan hacer valer sus derechos en diferentes situaciones de la vida cotidiana, que manifiesten un grado importante de ansiedad y depresión al no disponer de un amplio y

flexible repertorio de respuestas para transmitir sentimientos, deseos y emociones ante una situación de esterilidad, que permitan manipulaciones de la pareja y familiares, y que no puedan poner límites claros en torno a su tratamiento. Esto genera culpa, malestar y dolor que se traduce en síntomas, al no poder cumplir las expectativas que los demás tienen de ellas.⁸

En un contexto clínico se ha observado que la autoestima baja, la autodevaluación y la envidia a la mujer embarazada son síntomas de depresión comúnmente referidos por las mujeres infértiles, quienes también muestran una habilidad disminuida para cumplir con el apego terapéutico, pérdida de interés y energía, desesperanza y sentimientos de culpa, que alteran su calidad de vida. La autoestima es una sensación de valía establecida y desarrollada desde la infancia; pasa por diversas etapas, interactúa dentro de un ámbito sociocultural determinado hasta lograr su integración. El resultado de esta sensación está presente a lo largo de la vida y se convierte en una forma de interpretar el mundo interno y externo.

La dinámica disfuncional de la pareja con infertilidad interfiere frecuentemente con los tratamientos; por ejemplo, puede existir falta de deseo sexual cuando están en tratamiento de coito programado. Su efecto negativo impacta otras áreas de la vida en forma de dependencia de los demás, ambivalencia en la toma de decisiones, exigencias de apoyo, comprensión y amor constantes para sentir seguridad, todo lo cual torna vulnerable a la mujer y, por tanto, los recursos asertivos que le permitirían una identidad propia se tornan difusos.

Una mujer con autoestima baja, orientación del rol de género de machismo o sumisión, ansiedad-rasgo por arriba del punto de corte y asertividad indirecta o no asertividad, tendrá que recibir atención psicológica, ya que en caso contrario existiría el riesgo de que se cronifiquen los síntomas depresivos o ansiosos. Demostrar las variables que intervienen en la explicación de los fenómenos depresivos y ansiosos permitirá generar modelos de intervención dirigidos y puntuales,²⁵ para eliminar o disminuir los síntomas con el fin de lograr una mejor calidad de vida y mayor apego terapéutico.⁶

Con el aislamiento de las variables que se exponen en los modelos, se aborda otro tema importante de

la psicología, la problemática de la esterilidad. La elaboración de programas de intervención eficaces y puntuales, a partir de las variables que se lograron aislar, facilita el tratamiento psicológico de los principales trastornos emocionales, tales como la ansiedad y la depresión, y de los relacionados con la vida sexual, en pareja y el proyecto reproductivo, así como con la esfera familiar y social. Ante la diversidad de los síntomas referidos por las mujeres estériles, se presentan nuevas unidades de análisis que harán posible una mayor comprensión del fenómeno en cuestión.

REFERENCIAS

1. Sciarra J. Infertility: An international health problem. *J Gynecol Obstet* 1994;(46):155-63.
2. Bustos LH. Esterilidad e infertilidad. En: CONAPO, editor. *Antología de la sexualidad humana*. Vol. 3. México: Porrúa, 1994;pp:9-48.
3. Spector A. Effects of fertility status on women's self-concept and life choices. *Dissertation Abstracts International*, 1985;46(6-A).
4. Castelazo EM, Morales CF, Carreño MJ. Estudios y terapéutica en infertilidad y su relación con el estado emocional. En: Vázquez BE, editor. *Medicina reproductiva en México*. México: JGH, 1999; pp:231-4.
5. Carreño MJ, Bustos LH, Morales CF. Cambios emocionales ante el éxito en un programa de reproducción asistida. *Perinatol Reprod Hum* 1997;11:89-94.
6. Carreño MJ. Programa de atención a la paciente estéril. *Psicología Iberoamericana* 1994;2(2):63-70.
7. Imenson M, McMurray. *Couples experiences of infertility: a phenomenological study*. *J Adv Nurs* 1996;24(5):1014-22.
8. Burin M, Meler I. Ámbito familiar y construcción del género. En: Burin M, Meler I, editores. *Género y familia, poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 1999;pp:71-87.
9. Meler I. El pasaje de la pareja en la familia. Aspectos culturales, interpersonales y subjetivos. En: Burin M, Meler I, editores. *Género y familia, poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 1999;pp:163-91.
10. Lara CA, Verduzco MA, Acevedo M, Cortés J. Validez y confiabilidad del Inventario de autoestima de Coopersmith para adultos, en la población mexicana. *Rev Latinoam Psicol* 1993;25(2):247-55.
11. Kling K, Shibley HJ, et al. Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychol Bull* 1999;125(4):126-35.
12. Alberti RE, Emmons ML. *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. San Luis Obispo, Impact, 1980.
13. Rees S, Graham S. *Assertion training. How to be who you really are*. New York: Routledge, 1991.
14. Aschen R. Assertion training therapy in psychiatric milieu. *Arch Psychiatr Nurs* 1997;11(1):46-51.
15. Fernsterheim H, Baer J. No digas sí cuando quieres decir no. México: Grijalbo, 1993;pp:39-56.
16. Petrie KY, Rotheram MJ. Insulators against stress: Self-esteem and assertiveness. *Psychol Rep* 1982;50:936-66.
17. Flores M. *Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables*. Tesis doctoral. México: UNAM, 1994.
18. Spielberger A, Martínez U, González R, Natalicio L, Díaz G. *Inventario ansiedad rasgo-estado*. México: Manual Moderno, 1980.
19. Zung WW, Dhuram CA. Self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 1991;13:508.
20. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ª edición. Barcelona: Masson, 1995.
21. Morales CF, González CG. Normalización de un instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. *Rev Mex Psicol* 1990;7(1-2):75-79.
22. Echeburria E. Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide, 1992;pp:75-92.
23. Calderón N. *Depresión: causas manifiestas y tratamiento*. México: Trillas, 1990;pp:57-86.
24. Vallejo R, Gastó F. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat, 1990;pp:23-32.
25. Arranz LL, Blum GB, Saucedo GL, Gutiérrez AR. El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida en una institución de salud pública. *Ginecol Obstet Méx* 2001;69:51-56.