

Ansiedad y depresión en parejas que inician un tratamiento de Fecundación *in vitro* (FIV): rol de las estrategias de afrontamiento

D. Muñoz¹, M. Forns^{1,2}, T. Kirchner^{1,2}, J. Peñarrubia³, J. Balasch³

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona

²Institute for Brain, Cognition and Behavior (IR3C), Faculty of Psychology, University of Barcelona

³Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona. Hospital Clínic. Institut d'Investigacions Biomèdiques Agustí Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona

SUMMARY

Living with infertility and its emotional impact in couples has been frequently investigated. The objective of the present study was to establish in couples that initiate an IVF treatment:⁽¹⁾ their coping profile, anxiety level (State-anxiety; Trait-anxiety) and depression symptomatology;⁽²⁾ the explanatory power of coping strategies over anxiety and depression levels, depending on gender.

Method: we used a transversal study with 92 couples that begun an IVF treatment in the Assisted Reproduction Unit of the Hospital Clínic. All of them respond to the Spanish adaptation of the CRI-A, the STAI and the BDI-I.

Results: the IVF population in comparison to the normal sample use less coping strategies and presents lower levels of anxiety and depression.

Women IVF in comparison with man employ further avoidance strategies and present a higher score in depression and state-anxiety.

Even when some exceptions exist, anxiety and depression levels are not well explained by coping strategies.

Conclusions: It has been shown that the use of coping strategies on the IVF population are lower than in normative sample. Most of the couples present low anxiety (state / trait) and depression levels, and just a low percentage present scores that can require clinical attention.

Key words: Infertility / IVF / Coping strategies / State anxiety / Trait anxiety / depression.

INTRODUCCIÓN

Las parejas que emprenden el viaje hacia la maternidad/paternidad mediante el uso de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) pasan por un proceso de pruebas y tratamientos médicos que en la mayoría de casos se convierte en una experiencia larga y estresante. Nu-

merosos estudios se han centrado en analizar el impacto psicológico de la infertilidad⁽¹⁻⁴⁾, si bien los datos recabados no siempre son coincidentes.

El carácter impredecible de la noticia de la infertilidad, la duración del proceso de trata-

miento, los intentos de embarazo fallidos, la edad de la mujer y el uso de técnicas invasivas tienen un impacto psicológico que puede traducirse en sentimientos de estrés, de pérdida de autoestima^(2,5), de pérdida de control sobre el cuerpo y la situación⁽⁶⁾, de temor a no poder asegurar la continuidad de la familia y la adecuación con el rol parental, o incluso de percepción de amenaza del futuro de la pareja⁽⁷⁾, así como de sentimientos de fracaso que pueden generar culpa, vergüenza, tristeza, rabia y ansiedad.

En oposición a estos hallazgos, algunas investigaciones no corroboran este efecto general de desajuste emocional en todas las parejas que pasan por esta vivencia. En este sentido, Verhaak *et al*⁽⁸⁾ realizaron una revisión de nueve estudios que analizaban el ajuste emocional al inicio del tratamiento de Fecundación in vitro (FIV). Concluyeron que los niveles de depresión no diferían de los del grupo normativo, mientras que los resultados con respecto a los niveles de ansiedad estado no eran unánimes. Mientras algunos estudios mostraban niveles elevados de ansiedad en los pacientes, otros no encontraron diferencias con respecto a la población normativa. Los trabajos de Lord y Robertson⁽¹⁰⁾ señalan que los pacientes que inician un tratamiento FIV no presentan niveles significativos de ansiedad o depresión.

Estudios de diferencia de género en cuanto al impacto psicológico de la infertilidad ponen de relieve que las mujeres obtienen puntuaciones más elevadas que los hombres en ansiedad y depresión⁽⁹⁾.

Ante situaciones estresantes se ponen en marcha una serie de mecanismos cuya función esencial es mitigar los efectos psicológicos que puede producir el estresor. Estos mecanismos de afrontamiento suelen definirse como los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar y/o reducir las demandas internas y/o externas originadas por la situación estresante⁽¹¹⁾. Moos⁽¹²⁾ define dos grandes dimensiones de afrontamiento: aproximación y evitación. La de aproximación incluye estrategias focaliza-

das en el manejo del estresor, a través de las cuales la persona se dirige a solucionar directamente el problema, buscando posibles acciones de cambio en la situación que está causando estrés. Este tipo de estrategias se utiliza en mayor medida cuando la persona valora la situación como modificable, o cree que puede ejercer algún tipo de control sobre ella⁽¹¹⁾. La dimensión de evitación se refiere a los esfuerzos para regular el estado emocional que puede verse alterado a raíz del estresor.

En el campo específico de la infertilidad algunos estudios indican que las parejas que buscan activamente formas de resolver los problemas presentan menores tasas de depresión que aquellas que tratan de escapar o evitar el estrés^(6,13). Las estrategias centradas en la valoración positiva del problema y orientadas a su solución se relacionan con un buen ajuste psicológico⁽¹⁴⁾. Por el contrario, culparse a uno mismo o a la pareja, evadirse o negar los problemas se relaciona con un incremento del malestar psicológico y de angustia⁽¹⁴⁾.

Estudios sobre diferencias de género en las estrategias de afrontamiento ante los tratamientos FIV evidencian que las mujeres incrementan su uso en relación a los varones⁽¹⁵⁾. En concreto las mujeres utilizan más las estrategias de búsqueda de apoyo social, solución de problemas y reformulación positiva, así como de evitación^(16,17), aunque no todos los estudios confirman estos datos^(2,18). Para algunos autores la relación entre el uso de las estrategias de tipo evitativo y mayores tasas de depresión convierte a las mujeres en un grupo de riesgo⁽¹⁹⁾.

En vista de lo expuesto anteriormente, los objetivos del presente estudio fueron determinar en parejas que inician un tratamiento FIV:

- El perfil de afrontamiento, el nivel de ansiedad estado (A-E), ansiedad rasgo (A-R) y el de depresión.
- El poder explicativo de las estrategias de afrontamiento en los niveles de ansiedad (A-E; A-R) y el de depresión, según género.

En dicho estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

- El tratamiento FIV, independientemente del género, es un estresor importante que puede influir en un incremento de la sintomatología ansioso-depresiva en relación a los estándares de población normativa. Las mujeres presentarán niveles superiores de ansiedad que los varones debido a las características inherentes al tratamiento.
- Dado que las estrategias de afrontamiento se activan frente a situaciones que se perciben como estresantes éstas tendrán mayor poder explicativo sobre la A-E que la A-R.
- De acuerdo con la literatura científica, las estrategias de afrontamiento de tipo evitativo tendrán mayor poder explicativo de los síntomas depresivos que las estrategias de aproximación.

MÉTODO

Participantes

Los participantes en el estudio fueron 92 parejas heterosexuales que iniciaban un tratamiento FIV en la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Clínic de Barcelona. La edad media de las mujeres era de 34,07 años (DT = 2,82; rango = 25-41 años). La edad media de los hombres era 36,04 años (DT = 4,33; rango 24-56).

El tipo de infertilidad estaba relacionada con factores femeninos en el 30,4%, con factores masculinos en el 30,4%, y el 39 % restante era de etiología desconocida.

Éste fue el primer intento FIV para el 39,1% de las mujeres, el segundo para el 32,6%, el tercero para el 13% y el cuarto para el 15,2%.

El método de selección de los pacientes del estudio fue mediante un muestreo de casos consecutivos con criterio de voluntariedad.

Instrumentos

Estrategias de afrontamiento: CRI-A

El inventario de respuestas de afrontamiento para adultos, *Coping Responses Inventory-Adult Form*⁽¹²⁾ analiza diversas formas de afrontamiento frente al estrés. El autoinforme cons-

ta de tres partes. En la primera se expresa el problema que representa la principal fuente de estrés en los últimos 12 meses. En la segunda parte se analiza la valoración que el sujeto realiza del problema que ha expresado. En la tercera parte se presentan 48 ítems (valorados de 0 a 3) que expresan como actúa o piensa el sujeto frente a la situación estresante previamente descrita. Estos ítems se organizan en 8 estrategias de afrontamiento: análisis lógico, reevaluación positiva, búsqueda de guía y soporte, solución de problemas, aceptación o resignación, búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional. Las cuatro primeras estrategias constituyen una escala global de aproximación y las cuatro últimas componen una escala global de evitación. Las cuatro primeras estrategias configuran una escala global de aproximación (cognitiva y conductual) y las cuatro últimas configuran una escala global de evitación (cognitiva y conductual).

El test ha sido adaptado al castellano por Kirchner y Fornés⁽²⁰⁾. Las cualidades métricas del instrumento son adecuadas: consistencia interna alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,52, según escalas específicas de afrontamiento y de 0,78 y 0,72 para las escalas globales de aproximación y evitación respectivamente; fiabilidad test-retest con un intervalo de cuatro semanas de 0,80 y 0,78 para aproximación y evitación respectivamente; validez de constructo analizada mediante AFC; validez convergente analizada con las escalas de *coping* CSI⁽²¹⁾; y validez predictiva contrastada mediante el SCL-90-R⁽²²⁾. El conjunto indica que el test puede ser empleado con garantías de bondad psicométrica en población española.

Inventario de depresión: BDI-I

El inventario de depresión de Beck⁽²³⁾ evalúa la gravedad de los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas. Consta de 21 ítems que cubren un amplio espectro de síntomas depresivos, tanto cognitivos como somático-vegetativos. Para el enunciado de cada ítem se ofrecen cuatro alternativas de respues-

ta ordenadas según gravedad, que se valoran entre 0 y 3. El sujeto debe elegir la alternativa que mejor expresa su estado de ánimo durante la última semana. La puntuación del test oscila entre 0 y 63 puntos.

La adaptación española ha sido realizada por Sanz y Vázquez⁽²⁴⁾ en estudiantes universitarios. La prueba presenta excelente calidad psicométrica (consistencia interna alfa de Cronbach de 0,83; estabilidad test-retest de 0,60 y 0,72 según subgrupos; validez convergente testada con otras escalas clínicas de depresión y validez discriminante aceptable en relación a medidas de ansiedad).

Los puntos de corte varían ligeramente según la versión concreta del BDI. Para este estudio se han empleado los propuestos por Beck y Steer⁽²³⁾: ausencia de depresión (0-9 puntos), depresión leve (10-16 puntos), depresión moderada (17-29 puntos) y depresión grave (≥ 30 puntos).

Test de ansiedad estado-rasgo: STAI

El test de ansiedad estado-rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory*-STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene⁽²⁵⁾ evalúa la ansiedad en una doble faceta: la ansiedad como estado (A-E) y como rasgo (A-R).

El inventario se compone de 20 ítems para cada forma de ansiedad. El sujeto evalúa si el contenido ansioso de los ítems se aplica a su condición específica en una escala Likert de 0 (nada) a 3 (mucho). El rango total de puntuación para cada tipo de ansiedad abarca desde 0 hasta 60 puntos. La adaptación española ha sido realizada por el departamento I + D de TEA (6ª edición, 2002).

Las propiedades psicométricas del test son adecuadas (consistencia interna alfa de Cronbach entre 0,90 y 0,93 para A-E y entre 0,84 y 0,87 para A-R; validez factorial; validez concurrente con pruebas de personalidad).

Procedimiento

El estudio fue integrado como parte del protocolo médico del tratamiento FIV. A todos los participantes se les informó de la investi-

gación. Los que desearon participar voluntariamente tuvieron que firmar un consentimiento siguiendo los criterios deontológicos del hospital.

En la primera visita ginecológica, que coincidió con la puesta en marcha del tratamiento FIV, se entregaron los cuestionarios a los participantes con la consigna de responderlos en un período máximo de dos días.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se emplearon los paquetes estadísticos SPSS 15,0 y *Statgraphics Plus 4,1*. Se han empleado medidas de tendencia central (medias, desviaciones típicas y rango) para cada una de las variables analizadas. Se han contrastado las diferencias entre género y entre población FIV y normativa mediante la *T-Student* para grupos independientes. Se han empleado regresiones lineales (método pasos sucesivos) para analizar el poder explicativo de las estrategias de afrontamiento sobre los síntomas de ansiedad estado/rasgo y depresión controlando el efecto del número de intentos previos realizados por las parejas participantes.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

En la Tabla I se muestran las medias, desviaciones típicas y rango de las diferentes estrategias de afrontamiento del CRI-A, de ansiedad rasgo y estado (STAI) y de depresión (BDI), diferencialmente según género.

Se han contrastado las medias de hombres y mujeres en las diversas variables analizadas. Por lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, las mujeres efectúan un mayor uso de las estrategias de descarga emocional, de aceptación/resignación y del total de respuestas de Evitación en comparación con los hombres. Con un nivel de probabilidad marginal, los hombres tienden a utilizar con mayor frecuencia la estrategia de reevaluación positiva que las mujeres. No se observan diferencias entre géneros en el total de respuestas de Aproximación. Comparada con la población nor-

Tabla I. Medias, desviaciones típicas y rango de las escalas del CRI-A, STAI y BDI, según género.

	Mujeres (n = 92)		Hombres (n = 92)		Diferencias de género
	M±DT	Rango	M±DT	Rango	Valor de p
Escalas del CRI-A					
Análisis lógico	8,48±2,99	0-14	7,83±3,08	0-15	0,153
Reevaluación positiva	8,64±3,96	2-18	9,68±3,70	0-18	0,067
Búsqueda de guía y soporte	10,41±3,00	0-18	9,73±2,63	0-16	0,106
Solución de problemas	11,28±3,21	3-18	11,65±3,30	3-18	0,448
Evitación cognitiva	6,96±2,91	0-14	6,45±3,79	0-18	0,313
Aceptación-resignación	7,23±3,69	0-15	6,15±3,35	0-15	0,041
Búsqueda recompensas alternativas	4,02±3,34	0-15	2,86±3,17	0-12	0,020
Descarga emocional	4,66±3,27	0-12	2,47±3,06	0-13	<0,001
Total aproximación	38,97±9,45	19-65	38,96±9,26	9-59	0,992
Total evitación	22,78±9,47	5-40	18,30±9,28	9-46	0,002
STAI-Estado (A/E)	19,32±10,49	1-58	15,18±9,38	0-40	0,005
STAI-Rasgo (A/R)	15,75±8,86	1-36	14,00±9,23	0-37	0,191
BDI	5,09±5,97	0-26	3,26±4,84	0-25	0,024
Intentos FIV	2,04±1,07	1-4	2,04±1,07	1-4	---

mativa del CRI-A, se advierte, en general, un uso menos intensificado de las estrategias de afrontamiento por parte de la población FIV. Las mujeres de la población FIV utilizan en menor medida que las mujeres de la muestra normativa las estrategias de análisis lógico, reevaluación positiva, búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional (d de Cohen $> 0,50$ en todos los contrastes). Los hombres FIV utilizan con menor frecuencia que los de la muestra normativa análisis lógico, búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional (d de Cohen $> 0,50$ en todos los contrastes), y con mayor frecuencia la estrategia de búsqueda de guía y soporte ($d = 0,66$). En las mujeres también se advierte cierta tendencia a usar con mayor frecuencia dicha estrategia, comparadas con las mujeres de la muestra normativa ($d = 0,48$).

Por lo que respecta a la ansiedad, las mujeres obtienen medias significativamente más elevadas que los hombres en A/E, pero no se aprecian diferencias significativas en A/R. Se

ha comparado el nivel de A/E y de A/R de la población FIV con el de la población normativa de la adaptación española del STAI. Para A/E los centiles equivalentes a las medias obtenidas por mujeres y hombres son 45 y 35 respectivamente. Para A/R el centil equivalente es 20 para las mujeres y 25 para los hombres. Independientemente del género, las medias obtenidas por la población FIV son significativamente más bajas que las correspondientes a la población normativa, tanto por lo que se refiere a la ansiedad estado [$M_{normativa} = 23,30$ ($DT = 11,93$), $t = 2,89$, $p < ,005$; $M_{normativa} = 20,54$ ($DT = 10,56$), $t = 4,36$, $p < ,001$ para mujeres y hombres respectivamente], como a la ansiedad rasgo [$M_{normativa} = 24,99$ ($DT = 10,05$), $t = 8,05$, $p < ,005$; $M_{normativa} = 20,19$ ($DT = 8,89$), $t = 5,78$, $p < ,001$ para mujeres y hombres respectivamente]. Las puntuaciones medias no permiten detectar a aquellos participantes con puntuaciones elevadas. Por ello, se ha computado el porcentaje de participantes que supera el tercer cuar-

til de la población normativa en A/E y en A/R. En el caso de las mujeres los porcentajes son del 13,2% (A/E) y del 1,1% (A/R). En los hombres estos porcentajes son del 15,4% tanto para A/E como para A/R.

Por lo que se refiere a los síntomas de depresión, las mujeres obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que los hombres (Tabla I). A partir de los puntos de corte establecidos en la versión del BDI utilizada, se ha estimado el % de pacientes que se aglutina en cada uno de ellos. En la Figura 1 se recogen los porcentajes según el género. El porcentaje de mujeres que presenta síntomas de depresión (leve y moderada) tiende a ser superior que el de varones ($Z = 1,85, p = 0,06$).

Poder explicativo de las estrategias de afrontamiento sobre la ansiedad y los síntomas de depresión. Control de intentos FIV previos

Para estimar el poder explicativo de las estrategias de afrontamiento sobre la ansiedad y la depresión se han efectuado tres regresiones lineales (método de pasos sucesivos), tras comprobar, siguiendo la regla empírica de Kleinbaum⁽²⁶⁾, que no había efecto de colinealidad entre las variables. Como variables indepen-

dientes se han introducido las estrategias de afrontamiento del CRI-A, controlando el efecto de los intentos FIV realizados hasta el momento de la evaluación. Como variables dependientes se han introducido la ansiedad rasgo (STAI-R), la ansiedad estado (STAI-E) y la depresión (BDI). Las regresiones se han calculado independientemente para cada género (Tabla II).

La A/E, independientemente del género, es explicada por la estrategia de descarga emocional. La A/R en las mujeres es explicada por descarga emocional y en los hombres por la combinación de descarga emocional, análisis lógico y solución de problemas, configurándose esta última estrategia como un factor de protección. En cuanto a la depresión, en las mujeres la estrategia con mayor poder explicativo es descarga emocional, si bien el número de intentos FIV previos y la estrategia de solución de problemas también contribuyen a explicar su varianza. La estrategia de solución de problemas se configura como un factor de protección de dicha sintomatología, como se desprende del signo negativo que precede al valor beta estandarizado. En los hombres, las estrategias incluidas en el modelo son evitación cognitiva y reevaluación positiva,

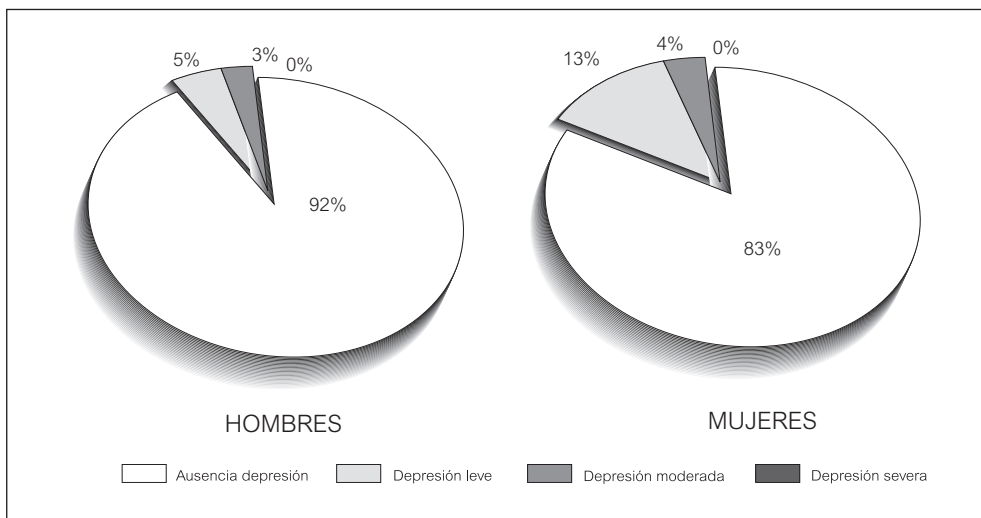


Figura 1. Distribución de porcentajes según grados de depresión del BDI en hombres y en mujeres en tratamiento FIV.

Tabla II. Regresiones lineales por pasos sucesivos de las estrategias de afrontamiento del CRI-A y del número de intentos FIV sobre ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión.

Variables dependientes	Género	Variables independientes: estrategias del CRI-A controlando número de intentos					Estadísticos de colinealidad	
		F, p	Variables en el modelo	B estandarizada	Cambio en R ²	R ² total corregida	Tolerancia	FIV*
Regresión 1. A/E	Mujeres	12,71, p = 0,001	1. Descarga Emocional	0,364	0,13	0,12	1,00	1,00
	Hombres	8,87, p = 0,004	1. Descarga Emocional	0,312	0,10	0,09	1,00	1,00
Regresión 2. A/R	Mujeres	5,89, p = 0,017	1. Descarga Emocional	0,257	0,06	0,06	1,00	1,00
	Hombres	6,07, p = 0,016	1. Descarga Emocional	0,263	0,07	0,12	1,00	1,00
		5,41, p = 0,006	2. Solución Problemas	-0,221	0,05		1,00	1,00
		5,50, p = 0,002	3. Análisis Lógico	0,258	0,05		0,80	1,25
Regresión 3. Depresión	Mujeres	20,09, p < 0,001	1. Descarga Emocional	0,441	0,20	0,26	1,00	1,00
		13,86, p < 0,001	2. Intentos Previos	0,241	0,05		0,99	1,00
		10,97, p < 0,001	3. Solución Problemas	-0,191	0,04		0,99	1,00
	Hombres	9,20, p = 0,003	1. Evitación Cognitiva	0,368	0,10	0,13	1,00	1,00
		7,41, p = 0,001	2. Reevaluación Positiva	-0,237	0,05		0,96	1,01

*FIV: Factor de inflación de la varianza

ésta última con valores beta con signo negativo, lo cual le confiere valor de protección. En las mujeres las estrategias de afrontamiento tienen mayor poder explicativo de la depresión que de la ansiedad, mientras que en los hombres los porcentajes explicativos son más similares. Cabe señalar que todas las varianzas explicadas son bajas, excepto los síntomas de depresión en las mujeres. En los hombres los intentos FIV previos no participan de la explicación ni de los síntomas ansiosos ni de los depresivos (Tabla II).

CONCLUSIONES

El primer objetivo de nuestro estudio perseguía establecer el perfil de afrontamiento y los niveles de ansiedad estado/rasgo y de depresión de mujeres y hombres al inicio de un tratamiento FIV. Se ha constatado que el perfil de afrontamiento es muy similar en ambos

géneros, excepto por el hecho de que las mujeres utilizan en mayor medida que ellos las estrategias de evitación. Especialmente, ante el estrés vinculado a la infertilidad las mujeres tienden a descargar más que ellos sus emociones, a buscar otras fuentes alternativas de gratificación y a resignarse. No se aprecian diferencias de género en el total de estrategias de aproximación usadas, pero se advierte en los hombres una mayor tendencia a reevaluar positivamente la situación. Estos hallazgos están en línea con los reportados en otros estudios con población FIV^(16,17). No obstante, destacamos que el grupo analizado hace un menor uso de las estrategias de afrontamiento que la población normativa⁽²⁰⁾, excepto de la estrategia de búsqueda de guía, más utilizada por las mujeres que inician un tratamiento FIV. En líneas generales se ha constatado un bajo uso de casi todas las estrategias de afronta-

miento lo que puede estar asociado con el bajo nivel de ansiedad que presentan.

En efecto, el nivel de ansiedad-rasgo ha sido similar en ambos géneros y el de ansiedad-estado más elevado en las mujeres que en los hombres, pero en todos los casos inferiores al del grupo normativo. Una posible explicación es que el hecho de haber tomado la decisión de iniciar un tratamiento FIV y vislumbrar que el problema puede solventarse haya incidido en los bajos niveles de ansiedad. Aunque los porcentajes de parejas que superan el tercer cuartil en ansiedad rasgo y estado no cubren el total esperado, se identifican algunas mujeres y algunos hombres que precisan atención, siendo paradójicamente estos últimos quienes se muestran más necesitados de ella. Estas diferencias de género en ansiedad pueden deberse a los diferentes problemas que les preocupan con respecto a la infertilidad⁽²⁷⁾. Este distinto trasfondo de referencia puede estar en la base del mayor porcentaje de hombres que expresa ansiedad elevada. Otra posible explicación podría sustentarse en una hipótesis de autoselección, por la cual las mujeres más resistentes psicológicamente son las que toman la decisión de iniciar un tratamiento FIV. Evidentemente, estas hipótesis deberían ser convenientemente contrastadas.

Con respecto a los síntomas de depresión, la población FIV analizada, reporta niveles bajos cuya explicación podría ser la misma que la argumentada para explicar el bajo nivel de ansiedad: haber tomado una decisión, tener la percepción de control sobre el problema y saber que se está en manos de profesionales capaces de solventarlo puede haber rebajado el nivel de depresión. No obstante, debe tenerse en cuenta que un 13% de las mujeres presenta síntomas de depresión leve y un 4% sintomatología moderada. Por lo tanto, un 17% de la muestra femenina reporta un sufrimiento psicológico que merece ser atendido. Los hombres, aunque en menor porcentaje que las mujeres, también manifiestan síntomas depresivos, ya que un 5% presenta sín-

tomas leves y un 3% síntomas moderados. En línea con numerosa bibliografía sobre este tema nuestros resultados reflejan un mayor nivel de depresión en las mujeres que en los hombres⁽⁹⁾.

El segundo objetivo de nuestro estudio se centró en evaluar el poder explicativo de las estrategias de afrontamiento sobre la ansiedad y depresión. Las estrategias de afrontamiento tienen escaso poder explicativo de los síntomas de ansiedad y depresión, si bien en distinto grado y con algunas particularidades según el género. Los intentos FIV realizados con anterioridad apenas contribuyen a la explicación del nivel de ansiedad, ya sea rasgo o estado, y en las mujeres sólo explican un escaso 5% de los síntomas de depresión. La descarga emocional es la única estrategia que explica la ansiedad estado en ambos géneros y en menor medida la ansiedad rasgo; también explica hasta un 20% de la depresión de mujeres. El resto de variables indicadas como explicativas es prácticamente irrelevante. La conclusión más importante es que la explicación de la ansiedad estado y rasgo y la depresión en el caso de parejas que inician un tratamiento FIV debe ser hallada en otras variables distintas de las estrategias de afrontamiento y de los intentos previos.

La capacidad protectora de las estrategias de afrontamiento de aproximación es también nimia. Quizá esta baja influencia se deba a que el grupo no puede considerarse en sí mismo afecto por problemas ni de ansiedad ni de depresión.

Destacamos pues que el grupo sometido a FIV, hombres y mujeres, no destacan especialmente por depresión y ansiedad, ni por usar unas estrategias de afrontamiento que pudieran incrementar o aminorar la ansiedad y la depresión, en el caso que las hubiere.

La evidencia de que un porcentaje de pacientes que inician los tratamientos FIV presentan respuestas emocionales que requieren ayuda psicológica justifica la puesta en marcha de un protocolo asistencial psicológico en los centros de reproducción asistida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno-Rosset C. Factores psicológicos de la infertilidad. Madrid: Editorial Sanz y Torres; 2000.
2. Merari D, Chetrit A, Modan B. Emotional reactions and attitudes prior to in vitro fertilization: An inter-spouse study. *Psychology and Health*. 2002;17(5):629–40.
3. El Messidi A, Al Fozan H, Lin Tan S, Farag R, Tulandi T. Effects of repeated treatment failure on the quality of life of couples with infertility. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004;26(4):333–6.
4. Cousineau TM, Domar A. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21:293–308.
5. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Infertility and subjective well being: the mediating roles of self esteem, internal control and interpersonal conflict. *J Marriage Fam*. 1992;54:408–17.
6. Litt MD, Tennen H, Affleck G, Klock S. Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *J Behav Med*. 1992;15:171–87.
7. Daniluk J. Strategies for counseling infertile couples. *J Couns Dev*. 1991;69:317–20.
8. Verhaak CM, Smeenk JMJ, Evers AWM, Kremer JAM, Kraaiamaat FW, Braat DDM. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update*. 2007;13:27–36.
9. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril*. 1992;58:1158–63.
10. Lord S, Robertson N. The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF. *J Reprod Infant Psychol*. 2005;23:319–32.
11. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer; 1984.
12. Moos R. *Coping Responses Inventory-Adult Form Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources; 1993.
13. Hunt J, Monach JH. Beyond the bereavement model: the significance of depression for infertility counseling. *Hum Reprod*. 1997;12:188–94.
14. Berghuis JP, Stanton AL. Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70:433–8.
15. Kowalcek I, Wishtutz N, Buhrow G, Diedrick K. Coping with male infertility. Gender differences. *Arch Gynecol Obstet*. 2001;265(3):131–6.
16. Jordan C, Revenson TA. Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *J Behav Med*. 1999;22:341–58.
17. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvnie DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility. *J Psychosom Res*. 2003;54:353–5.
18. Abbey A, Andrews FM, Halman LF. The importance of social relationships for infertile couples well-being; in: Stanton AL, Dunkel-Schetter C (eds.). *Infertility: Perspective from stress and coping research*. Plenum Press: New York; 1991. pp. 61–68.
19. Pottinger AM, McKenzie C, Fredericks J, Da-Costa V, Wynter S, Everett D, Walters Y. Gender differences in coping with infertility among couples undergoing counselling for In Vitro Fertilization treatment. *West Indian Med J*. 2006;55(4):237–42.
20. Kirchner T, Forns M. CRI-A. Inventario de Respuestas de Afrontamiento – Adultos. Manual. Madrid: TEA Ediciones; 2010.
21. Amirkhan JH. A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *J Pers Soc Psychol*. 1990;59(5):1066–74.
22. Derogatis LR. *SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research; 1983.
23. Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio; 1993.
24. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*. 1998;10(2):303–18.
25. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press; 1970. Traducido al español por N. Seisdedos en 1982 y publicado por TEA Ediciones.

26. Kleinbaum GLL, Kupper KE. Muller Applied Regression Analysis and Other Multivariables Methods. PWS-KENT Publishing Company; 1988.
27. Muñoz D, Kirchner T, Forns M, Peñarrubia J, Balasch J. Estresores vinculados a la infertilidad en parejas que inician un tratamiento de Fecundación In Vitro. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. 2009;5:99–105.