



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Ansiedad en Mujeres en Tratamiento de Fertilización in Vitro a partir de grupos de Facebook

Estudiante: Cáceres, Andrea Natalia

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Andrea Cáceres'.

Legajo: 23494

Director/es: Prof. Lic. Manentti, Cristian Gastón

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

2024

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha de aceptación [X]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Ciudad de Buenos Aires, 30 de septiembre de 2024

Firma y aclaración del autor:



Andrea Natalia Cáceres

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Delimitación del objeto de estudio	6
1.2 Justificación	7
1.3 Objetivos	8
1.3.1 Objetivo General.....	8
1.3.2 Objetivos Específicos	8
1.4 Hipótesis	9
2. ESTADO DEL ARTE.....	9
3. MARCO TEÓRICO	18
3.1 La infertilidad y sus causas	18
3.2 Diferenciación entre infertilidad y esterilidad.....	19
3.3 Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA)	20
3.4 Fertilización in Vitro (FIV) e Inyección Intracitoplasmática (ICSI).....	21
3.4.1 Estimulación ovárica controlada.....	22
3.4.2 Punción folicular	22
3.4.3 Fecundación de ovocitos.....	23
3.4.4 Transferencia embrionaria	23
3.4.5 Espera de resultados.....	24

3.5 Normativa y estadísticas en Argentina.....	24
3.6 Ansiedad.....	26
3.6.1 Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado.....	29
3.6.2 Prevalencia de la ansiedad.....	29
3.6.3 Influencia de la ansiedad sobre la infertilidad.....	30
3.7 Ansiedad en tratamientos de reproducción asistida.....	31
3.8 El rol de psicólogo en el ámbito de las técnicas de fertilización asistida.....	32
4. MÉTODO.....	34
5. RESULTADOS.....	35
6. DISCUSIÓN.....	43
7. CONCLUSIÓN.....	46
8. APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
9. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
10. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.....	49
11. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.....	49
12. REFERENCIAS.....	52
13. ANEXO.....	58

Ansiedad en Mujeres en Tratamiento de Fertilización in Vitro a partir de grupos de Facebook

RESUMEN

El presente trabajo se propuso indagar acerca de la ansiedad que experimentan las mujeres durante un tratamiento de Fertilización in Vitro (FIV). Para ello, se diseñó un estudio cuantitativo y se administró el Inventario STAI de C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene (1966) en su versión resumida para indagar sobre la Ansiedad Estado. Las hipótesis que guiaron este trabajo consistieron en determinar qué, las mujeres que se encontraban transitando un tratamiento FIV presentarían elevados niveles de ansiedad estado y que las mayores puntuaciones se observarían en el período correspondiente a la espera de los resultados. Además, se esperaba hallar una relación significativamente alta entre estas puntuaciones de ansiedad y una mayor edad, así como también en aquellas pacientes que desconocieran las causas de la infertilidad.

La muestra se conformó con 56 mujeres entre 28 y 50 años miembros de comunidades virtuales cerradas de Facebook “Embarazos por Fertilización Invitro o Inseminación”, “Apoyo mujeres fertilización in vitro”, “Fertilidad e Infertilidad Argentina”, “Para saber con quién atendernos FERTILIDAD” y “Concebir Asociación Civil”. Los resultados arrojaron niveles medios y elevados de ansiedad estado en esta población, siendo el momento de la espera de resultados de embarazo en donde se sintieron más ansiosas, así como también se pudo concluir que, a mayor edad, mayor ansiedad. Sin embargo, no se pudo establecer la relación con las causas desconocidas de la infertilidad.

PALABRAS CLAVE: infertilidad, fertilización in vitro, ansiedad, ansiedad estado, mujeres, embarazo.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Delimitación del objeto de estudio

El presente trabajo se realizó con metodología empírica de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional con el propósito de indagar acerca de la ansiedad que experimentan las mujeres entre 28 y 50 años que transitan diferentes momentos de un tratamiento de Fertilización in Vitro. Dada la escasa investigación latinoamericana y actualizada sobre el tema en cuestión, se procedió a ampliar los criterios de inclusión de la misma. De esta manera, se pudo incluir a investigadores referentes, como son Moreno-Rosset, Yong y Turner, que a lo largo de distintas investigaciones han sido replicados por una gran cantidad de autores.

Suele considerarse a la fertilidad como una capacidad natural; algo en lo que no se reflexiona hasta que repetidos intentos de concebir naturalmente fallan. Comienzan así las consultas a médicos y especialistas, y se realizan los estudios que lleven a determinar las causas de la infertilidad para, finalmente, enfrentar la decisión de someterse, o no, a las técnicas de reproducción asistida. La infertilidad es considerada una enfermedad crónica sin sintomatología ni amenaza a la integridad, sin embargo, la conmoción que genera en quién ve frustrado su deseo de tener un hijo representa una crisis vital que afecta distintas áreas de la vida de la persona, así como también el hecho de tener que rediseñar su plan de vida (Llavona Uribelarrea, 2008).

Si bien la Fertilización In Vitro (FIV) como tratamiento de alta complejidad ha demostrado efectividad, su éxito no está garantizado, al tiempo que también va decreciendo a medida que la edad de la mujer aumenta. Además, se trata de un método invasivo que conlleva sus riesgos como, entre otros, embarazos múltiples o abortos espontáneos. Por tanto, este podría convertirse en un ansiógeno en sí mismo (Zúñiga Barrera et al., 2021).

La ansiedad es inherente al ser humano y, en justa medida, facilita su adaptación y supervivencia. Sin embargo, de un modo anormal y exagerado se convierte en aquello que Barlow (2002) citado en Clark y Beck (2012) definió como una emoción de incertidumbre y falta de control enfocada hacia acontecimientos futuros evaluados como potencialmente peligrosos, a lo que se le suma una autopercepción deficiente para hacer frente a tales amenazas. Entre los síntomas que la ansiedad genera se encuentran el miedo, dolor pectoral no cardíaco, mareos, palpitaciones, aturdimiento y angustia, entre otras, que pueden interferir en la vida cotidiana de la persona (Clark y Beck, 2012).

1.2 Justificación

En Argentina y, desde el año 2013 cuando se sancionó la Ley Nacional de Reproducción Médicamente Asistida N°26.862, las consultas y los tratamientos de fertilización asistida han aumentado considerablemente. Según el Registro Argentino de Fertilización Asistida (RAFA) en el año 2018 se realizaron 3022 procedimientos FIV en clínicas de todo el territorio; para 2019 el número aumentó a 3595. Como consecuencia de la pandemia y las medidas restrictivas impuestas, en el año 2020 los valores se redujeron a 2208; mientras que para el año 2021, siendo el último registro publicado, dichos tratamientos ascendieron a 11879, lo que equivale a un aumento aproximado del 293% en tres años.

Distintas investigaciones refieren el hecho de que atravesar un tratamiento de Fertilización in Vitro eleva los niveles de ansiedad, especialmente en las mujeres (Chen et al., 2004, Turner et al., 2013, Gdańska et al., 2017 y Albarracín Zúñiga, 2019). En otros trabajos se concluyó que el tiempo que transcurre desde la transferencia de embriones hasta que se conocen los resultados que determinarán si se ha logrado o no el embarazo, es el período de mayor carga ansiosa, especialmente en las mujeres que son aquellas que transitaron físicamente todo el tratamiento (Yong et al., 2000, Awtani et al., 2019 y Sanmartín Cuevas, 2023).

Cabe señalar que, pese al aumento progresivo de mujeres que recurren a este tipo de intervenciones, es escasa la investigación en Latinoamérica sobre el impacto emocional y la ansiedad que este tipo de tratamientos generan en quienes deciden transitar un FIV motivadas por lograr embarazarse y tener un hijo. Por otro lado, la incertidumbre que genera no saber si se logrará el objetivo y si se podrá ser capaz de afrontar dicho tratamiento, podrían influir elevando los niveles de ansiedad. Es por esta razón que surgió la necesidad de poder indagar sobre esta temática.

El alcance de los resultados que el presente trabajo arroje podrán ser de utilidad para diseñar intervenciones psicológicas especializadas que brinden herramientas para reducir la ansiedad y brindar información clara y precisa sobre el tratamiento para que puedan ser incluidas como parte de las intervenciones multidisciplinarias que la mencionada Ley N° 26.862 refiere que deben contemplarse.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar los niveles de ansiedad estado en mujeres que participan de Tratamientos de Fertilización in Vitro, analizando en cada fase las diferencias en cuanto a su intensidad, a través de la exploración de casos en grupos cerrados de Facebook.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Evaluar y comparar los niveles de ansiedad estado durante las distintas etapas del tratamiento de Fertilización in Vitro.
- Determinar la influencia de la edad de las mujeres en la intensidad de la ansiedad experimentada durante el tratamiento de Fertilización in Vitro.

- Analizar el impacto del desconocimiento de las causas de la infertilidad y de la recepción del tratamiento psicológico en los niveles de ansiedad de las mujeres sometidas al tratamiento de Fertilización in Vitro.

1.4 Hipótesis

1. Las mujeres que se encuentran en el estadio de espera de resultados son las que puntúan más alto en ansiedad.
2. Las mujeres de edad más avanzada presentan mayores montos de ansiedad.
3. Las mujeres que se encuentran en tratamiento psicológico presentan niveles reducidos de ansiedad.
4. Desconocer la causa de la infertilidad eleva la ansiedad.

2. ESTADO DEL ARTE

En su trabajo titulado *Una comparación del funcionamiento psicológico en mujeres en diferentes etapas del tratamiento de fertilización in vitro*, Yong et al. (2000) se propusieron determinar en qué fase del tratamiento se presenta mayor vulnerabilidad a sufrir cambios en el estado mental y del ánimo. La muestra se compuso por 37 mujeres próximas a realizar un tratamiento FIV en la Unidad de Concepción Asistida de Edimburgo, Escocia, entre febrero y julio de 1999. Todas completaron en tres momentos específicos del tratamiento, en la ecografía basal antes de iniciar el ciclo (visita 1), antes de la transferencia embrionaria (visita 2), y antes de la prueba de embarazo en sangre (visita 3), la Lista de Adjetivos de Afecto Medio (MAACL) marcando aquellos que consideraron que más se asemejaban a su estado mental y emocional en ese momento. Los resultados indicaron que no hubo niveles significativamente diferentes para la ansiedad estado entre las visitas 1 y 2, mientras que en la espera de resultados (visita 3) se registraron los valores más elevados,

demostrando ser el momento en el que se experimenta mayor vulnerabilidad. No se observó diferencias significativas entre aquellas mujeres que lograron embarazarse de las que no, por lo que no se pudo determinar su influencia en los resultados del tratamiento (Yong et al., 2000).

Por su parte, Chen et al. (2004) publicaron bajo el título *Prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad en una clínica de técnicas de reproducción asistida*, un trabajo que indagó sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos específicos en esta población. La muestra se conformó por 112 mujeres que estaban próximas a realizar un tratamiento FIV entre diciembre de 2002 y mayo de 2003 en la Clínica Ambulatoria de Endocrinología y Reproducción en el Hospital General de Veteranos de Taipéi, Taiwán, quienes se reunieron con psiquiatras que les administraron el instrumento MINI (Entrevista Neuropsiquiatría Internacional Mini). Los resultados arrojaron que el 40,2% presentó al menos un trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente (23,2%) el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Los autores señalaron que, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000 citado en Chen et al., 2004) la prevalencia anual del TAG en la población general es menor al 3% y, considerando los valores obtenidos, se podría suponer que existe una asociación entre la ansiedad y el tratamiento. Pese a esto, de las mujeres que presentaron algún tipo de trastorno solo tres acudieron a psiquiatría antes de comenzar el tratamiento, por lo que se resaltó la importancia de contar con una evaluación realizada por profesionales que puedan detectar riesgos de padecer algún trastorno psiquiátrico que requiera la derivación al departamento de salud mental (Chen et al., 2004).

Por su parte, en su investigación *Puntuaciones de Estrés y Ansiedad en ciclos de FIV primarios y repetidos: un estudio piloto*, Turner et al. (2013), al igual que Chen et al. (2004), también se propusieron indagar sobre la ansiedad durante el tratamiento FIV al que, para su

estudio, dividieron en distintas fases: al comienzo y antes de la estimulación ovárica (T1), el día anterior a la extracción de ovocitos (T2), y finalmente entre los 5 y 7 días posteriores a la transferencia embrionaria, es decir, en la espera de los resultados (T3). Las 44 mujeres que conformaron la muestra asistieron a la clínica de la Universidad de Stanford en la ciudad de California, Estados Unidos, entre junio y septiembre de 2009 y completaron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en los tres momentos. Se halló que los niveles medios de ansiedad estado se mantuvieron elevados durante todo el ciclo, mientras que la ansiedad rasgo se presentó alta en T1 y T2. Posteriormente, compararon los resultados entre el grupo que logró el embarazo y el que no, y utilizando el método estadístico de regresión, determinaron que bajas puntuaciones en los niveles de ansiedad antes de la recolección de ovocitos aumentarían las posibilidades de embarazo, por lo que recomendaron continuar investigando sobre el tema (Turner et al., 2013).

En relación a esto, Gdańska et al. (2017) sostuvieron que hay contradicciones sobre la influencia de la ansiedad en el éxito de los tratamientos. En su trabajo *Ansiedad y depresión en mujeres sometidas a tratamiento de infertilidad*, realizaron una revisión bibliográfica para indagar sobre los trastornos de ansiedad en mujeres sometidas a un tratamiento FIV, su influencia en los resultados y si este aumenta el riesgo de presentar sintomatología ansiosa. Se hizo mención a, entre otros, un estudio realizado sobre 370 mujeres en tratamiento que determinó que el 86,8% presentaba ansiedad, especialmente en aquellas que llevaban más tiempo conviviendo con el diagnóstico de infertilidad (Ramezanzadeh et al., 2004 citados en Gdańska et al., 2017), mientras que Reis et al. (2013) citados en Gdańska et al. (2017) hallaron elevados montos de ansiedad estado solo en aquellas para las que era el primero. En relación al sexo, en una investigación alemana hallaron que, si bien las parejas sometidas a FIV tenían elevados niveles de ansiedad, las puntuaciones femeninas fueron más altas (Schaller et al., 2016 citados en Gdańska et al., 2017). Por otro lado, a diferencia de Turner et

al. (2013) citados en Gdańska et al. (2017), hallaron que una baja ansiedad antes de la recolección de óvulos correlacionaba con altas tasas de embarazos, mientras que, Hashemi et al. (2012), Pasch et al. (2016) y Matthiesen et al. (2011) citados en Gdańska et al. (2017), no lograron demostrarlo. Por último, un trabajo sueco halló que, si bien la mayoría de las mujeres no presentaban altas tasas de un trastorno luego de 20 años de realizado el tratamiento, aquellas que permanecieron sin lograr concebir, presentaron mayor riesgo de sufrir ansiedad fóbica (Vikström et al., 2015 citados en Gdańska et al., 2017). Los autores concluyeron que, aunque no se ha podido determinar la influencia de la ansiedad en los resultados del tratamiento, no hay dudas de que atravesarlo eleva estos niveles en la pareja, especialmente en las mujeres, y más aún en los casos no exitosos que se prolongan en el tiempo. Por tanto, resaltaron la necesidad de brindar apoyo psicológico y psiquiátrico temprano en caso de patologías graves ya que podrían favorecer los resultados (Gdańska et al., 2017).

En tanto Purewal et al. (2018) realizaron una investigación que titularon *Las puntuaciones de depresión y ansiedad estado durante el tratamiento de reproducción asistida se asocian con los resultados: un metaanálisis*, en ella analizaron 11 publicaciones que comprendieron 2.202 pacientes entre enero de 1979 y noviembre de 2016. Su propósito fue dar cuenta de si los niveles de la ansiedad estado influían en los resultados del tratamiento de reproducción humana asistida (específicamente FIV e ICSI), así como también, si una modificación en la misma al comienzo y en el transcurso de este podrían predecir resultados. Entre las investigaciones relevadas detallaron la de Eugster et al. (1999, citados en Purewal et al., 2018) que afirmaron que la ansiedad se presenta frecuentemente ante un tratamiento FIV; mientras que para Milazzo, et al. (2016) citados en Purewal et al. (2018) las puntuaciones de la ansiedad solo se elevaron ante un resultado fallido. Por su parte, Boivin et al. (1995 y 2013 citados en Purewal et al., 2018) demostraron que la ansiedad estado aumentó en las fases de

extracción de ovocitos y prueba de embarazo. Para la interpretación los autores separaron los datos relevados en dos períodos: uno basal (T1) y otro durante el tratamiento (T2) y los utilizaron para comparar entre sí los casos de embarazo y los fallidos. Concluyeron que los puntajes de la ansiedad estado guardaron relación significativa con el logro o no de un embarazo. Aunque se ha dicho que la ansiedad estado elevada en el momento de aspiración de ovocitos, sea una variable que permita predecir resultados, no pudieron demostrar que modificaciones en dichos puntajes mejoren las tasas de éxito. Por otro lado, resaltaron la importancia de investigar si en las mujeres con pronósticos desalentadores, ya sea por su edad, intentos previos fallidos, baja reserva ovárica, entre otras, se vincule con la ansiedad estado y los resultados, en comparación con aquellas con mejor pronóstico (Purewal et al., 2018). Por todo lo observado, resaltaron la necesidad de brindar apoyo psicosocial adaptado a las cuestiones que se presentan durante las diferentes fases del tratamiento FIV de modo que ayude a las mujeres a lidiar con la ansiedad y el agotamiento físico y psicológico en cada etapa. En relación a esto, mencionaron las investigaciones de Frederiksen, et al. (2015, citados en Purewal et al., 2018) quienes concluyeron que recibir tratamiento psicológico no solo reducía la ansiedad de las pacientes, sino que, además, se asociaba con un aumento en las tasas de embarazo.

Siguiendo la línea de investigación de Turner et al. (2013), Awtani et al. (2019) publicaron *Ansiedad y Estrés en diferentes fases del tratamiento en mujeres sometidas a fecundación in vitro-inyección intracitoplasmática de espermatozoides*, pretendiendo evaluar la ansiedad estado y rasgo en 137 mujeres con diagnóstico de infertilidad primaria que realizaron un primer o segundo tratamiento FIV/ICSI en 4 clínicas de diferentes ciudades de India entre octubre de 2015 y abril de 2016. Se dividió el tratamiento en tres etapas: el día en el que se inició la estimulación ovárica (T1), el momento de la transferencia embrionaria (T2) y 10 días después en la espera de resultados (T3). Se administró el inventario IDARE y los

resultados concluyeron que, a nivel general, la ansiedad se presentó elevada en los tres tiempos evaluados, siendo más elevada la ansiedad estado que la rasgo. Se manifestaron niveles máximos para ambas mediciones en T3, seguido por T1 y finalmente T2, es decir que, las mujeres se encontraban más ansiosas en la estimulación ovárica que en el momento de la transferencia, lo que relacionaron con el hecho de dar comienzo al tratamiento y también a que aquellas mujeres que cursaban su primer tratamiento podrían experimentar mayor ansiedad ante el hecho de inyectarse la medicación varias veces al día. Posteriormente, en T3 los valores alcanzaron su punto álgido, lo que podría estar relacionado con la incertidumbre de lograr, o no, el esperado embarazo. En conclusión, la ansiedad estado sufrió variaciones durante el tratamiento, mientras que la ansiedad rasgo no solo puntuó más bajo, sino que se mantuvo constante, lo que, según los autores, indicaría que el tratamiento es un factor ansiógeno en sí mismo (Awtani et al., 2019).

En Latinoamérica Albarracín Zúñiga (2019) publicó *Influencia de la ansiedad en los resultados de pacientes con tratamiento de alta complejidad en el centro especializado de fertilidad y ginecología*. Sus objetivos fueron determinar la influencia de la ansiedad según el número de tratamientos realizados y sobre los resultados. La muestra se compuso por 88 mujeres que comenzaban un tratamiento FIV en el Centro Especializado de Fertilidad y Ginecología en Arequipa, Perú, entre junio de 2017 y marzo de 2018 a quienes se les administró el test de Zung. Los resultados obtenidos indicaron que el 51,1% de las pacientes FIV no experimentaron ansiedad, el 37,5% puntuaron para niveles moderados y el 11,4% severa. Del total de la muestra, el 61,4% estaban realizando su primer tratamiento, el 29,5% se sometían al segundo intento, mientras que el 9,1% al tercero o más. Por su parte, el 46,6% de las mujeres sin ansiedad lograron un embarazo y el 11,4% con niveles moderados a severos, no tuvieron éxito. La autora concluyó que someterse a un tratamiento FIV aumenta los niveles de ansiedad y que esta ejerce influencia sobre los resultados, por lo que resaltó la

importancia de realizar tratamiento psicológico antes de comenzar un FIV (Albarracín Zúñiga, 2019).

Gabnai-Nagy et al. (2020) en *Asociación entre cambios en el estado emocional en parejas infértiles y el resultado del tratamiento de fertilidad*, intentaron continuar con lo planteado por Purewal et al. (2018) al pretender determinar si se experimenta ansiedad durante los tratamientos FIV y si los cambios en esta influyen en los resultados. La muestra se compuso por un total de 87 parejas que comenzaron una primera o segunda búsqueda en un Centro de Reproducción Asistida de Hungría a quienes se les administró el inventario STAI en distintos períodos: al momento de comenzar con las inyecciones de hormonas (T1), un día antes de la implantación de embriones (T2) y veinticuatro horas previas a realizar la prueba de embarazo (T3). Posteriormente, se separó a la muestra en dos subgrupos, por un lado, el exitoso conformado por 82 parejas embarazadas y las restantes 92 que no lo lograron. En la comparación no se identificaron diferencias relevantes a excepción del origen de la infertilidad, dado que la causa idiopática fue más frecuente en el subgrupo no exitoso. Por otro lado, se compararon los valores obtenidos con la media de la población húngara general y se observó que la ansiedad rasgo fue significativamente más baja en las parejas evaluadas. En lo que respecta a la ansiedad estado, se presentaron niveles más bajos en T1 y T3 en comparación con el grupo control, lo que estaría indicando que las parejas que transitan un FIV presentan un nivel de ansiedad rasgo más bajo y promedio para ansiedad estado. En contraposición a los otros estudios ya mencionados, los autores no encontraron diferencias en los niveles de ansiedad entre mujeres y hombres, lo que relacionaron con el hecho de que el deseo de convertirse en padres podría generarles sentimientos positivos que les ayudaría a evitar el surgimiento de la ansiedad, mientras que los valores aumentaron en las parejas que optaron por resignarse, así como también ante intentos reiterados y prolongados en el tiempo. Al observar una baja en la ansiedad en T2 y T3 en el subgrupo exitoso concluyeron que esto

podría estar indicando que la incapacidad para la correcta tramitación de la misma repercute en los resultados (Gabnai-Nagy et al., 2020).

Otra investigación que también procuró determinar la influencia de la ansiedad sobre los resultados se tituló *Análisis de la ansiedad y la depresión en distintas fases de la fecundación in vitro y la transferencia de embriones en parejas chinas*, cuyos autores, Liu et al. (2021), estudiaron a 247 parejas que realizaron una FIV en el Departamento de Tecnología Reproductiva del Hospital Afiliado a la Universidad Médica del Suroeste en Luzhou, República Popular China entre febrero de 2016 y diciembre de 2018. Al igual que en otras investigaciones mencionadas, se dividió el tratamiento en distintas fases, en este caso T1 correspondía al día de inicio, T2 al día de administración de la hormona folículo estimulante, y T3 correspondiente a los cuatro días posteriores a la transferencia embrionaria. Se administró de forma independiente a los miembros de la pareja la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung (SAS) y se pudo determinar que, del total de las mujeres el 29,9% experimentó ansiedad el día de inicio del tratamiento, siendo leve en la mayoría de los casos (20,6%), moderada en el 7,6%, mientras que el 1,6% presentó niveles de gravedad. En el caso de los hombres el 20,6% presentó montos de ansiedad, siendo leve en el 17,8% y moderada en el 2,8%. El estudio reportó 117 casos exitosos y 130 fracasos, sin observarse diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad entre ambos grupos; lo que indicaría que esta no parece influir en los resultados, aunque los valores se fueron incrementando ante reiterados resultados negativos. Por tanto, recomendaron tener en consideración brindar apoyo psicológico, especialmente ante los resultados fallidos (Liu et al., 2021).

En su trabajo *Desajuste emocional y calidad de vida en infertilidad: fecundación in vitro estándar (FIV) vs. Maduración in vitro de ovocitos (MIV)*, Sanmartín Cuevas (2023) apoyó la idea de que la ansiedad experimentada al enfrentar un diagnóstico de infertilidad, así como también atravesar un tratamiento de reproducción asistida, se relaciona mejor con un

desajuste emocional que con un trastorno. En su investigación la autora mencionó distintos estudios (Gameiro et al., 2014; Vikstrom et al., 2015 y Facchin, 2019 citados en Sanmartín Cuevas, 2023) que dieron cuenta del impacto psicológico que provocaron estos tratamientos, observando incluso alteraciones años después de su finalización. Además, por ser un método invasivo, la FIV genera un mayor impacto en la salud mental, especialmente en las mujeres. Por otro lado, citó algunos trabajos como los de Laffont y Edelman (1994, citados en Sanmartín Cuevas, 2023) que concluyeron que, ambos miembros de la pareja experimentaron mayores niveles de ansiedad en la espera de resultados de embarazo y cuando se anoticiaron de que el mismo había fallado. En otro estudio (Boivin y Takefnan, 1996, citados en Sanmartín Cuevas, 2023) se concluyó que el momento de la transferencia embrionaria fue el más ansiógeno si se trataba de un primer tratamiento. Mientras que, Chiaffarino et al. (2010, citados en Sanmartín Cuevas, 2023) hallaron que el 18,5% de las mujeres y el 7,4% de los hombres progresaron a un trastorno de ansiedad entre el pretratamiento y el momento de estimulación ovárica. Respecto al pos tratamiento, destacó el trabajo de Millazzo et al. (2016 citados en Sanmartín Cuevas, 2023) que detectaron síntomas ansiosos con niveles significativos hasta seis meses después de la finalización de un tratamiento fallido, con prevalencia femenina. En cuanto a los casos exitosos, la autora mencionó investigaciones como las de Gameiro et al. (2015); Hammarberg et al. (2008) y Moreno-Rosset et al. (2016) (citados en Sanmartín Cuevas, 2023) que refirieron que las mujeres embarazadas mediante FIV presentaron niveles de ansiedad más elevados durante la gestación que aquellas que lo lograron naturalmente. El objetivo de la autora fue determinar los montos de ansiedad en tres momentos específicos del FIV: (T1) al inicio y antes de comenzar el ciclo, después de la extracción de ovocitos (T2) y en la finalización del mismo (T3). La muestra se compuso por mujeres que se encontraban por iniciar el ciclo de fertilización en el Centro de Medicina Reproductiva del Hospital Universitario de Bruselas, Bélgica, entre agosto de 2017 y

septiembre de 2020. La investigación comenzó con una muestra de 149 mujeres (T1) que, para T2 y por distintos motivos, personales y médicos, se redujo a 117, mientras que 105 lo finalizaron (T3). A todas se les administró la escala HADS y los resultados arrojaron que la ansiedad fue en aumento con el transcurso del procedimiento dado que, en T1 el 41,6% presentó niveles clínicos ansiosos, de las cuales el 21,5% fue moderada o grave; para T2 los valores aumentaron a 48,7% y 21,7% respectivamente, mientras que en T3 se presentó en el 49% siendo moderada o grave en el 25% de los casos. La autora resaltó la importancia de considerar el significativo deterioro que se experimenta a lo largo del tratamiento de reproducción asistida, así como también de realizar una evaluación apropiada que permita diseñar abordajes adecuados para cada momento específico de este (Sanmartín Cuevas, 2023).

3. MARCO TEÓRICO

3.1 La infertilidad y sus causas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la infertilidad como una enfermedad propia del sistema reproductivo que deriva en la incapacidad de lograr un embarazo luego de, al menos, 12 meses de mantener, de manera habitual, relaciones sexuales sin ningún tipo de protección. Se estima que 48 millones de parejas y 186 millones de personas en todo el mundo la padecen, pudiendo presentar consecuencias que comprometan no solo su bienestar mental y psicosocial sino, también, acarrear dificultades económicas debido a los elevados costos de las técnicas de reproducción asistida (OMS, 2023).

Físicamente, una gran parte de las personas que padecen de infertilidad no manifiestan ningún síntoma específico puesto que no suele presentarse con dolor ni malestar alguno; aunque sí suelen experimentarse problemas emocionales que pueden afectar el bienestar psicológico de quienes la padecen (Soto Balbuena et al., 2019).

En cuanto a sus causas, la infertilidad puede deberse a factores femeninos, masculinos, ambos combinados (las denominadas causas mixtas), o, en ocasiones, pese a la indagación médica y estudios pertinentes, no se logra determinar su origen, conformando lo que se da en llamar infertilidad idiopática. En relación a los causales femeninos estos pueden deberse a factores como endometriosis, anovulación, síndrome de ovario poliquístico, etiologías sexológicas o uterinas, entre varias otras. En relación a las causas masculinas, los factores que influyen en la fertilidad tienen que ver con obstrucciones testiculares y/o vasculares, causas infecciosas, sexológicas e inmunológicas. Existen otros factores que intervienen en la infertilidad a nivel general, como la edad ya que la cantidad y calidad de ovocitos disminuye con el paso del tiempo, y, aunque se ha demostrado que en el hombre la capacidad reproductiva es más prolongada, la calidad del esperma, así como la movilidad de los espermatozoides comienza a verse afectada a partir de los 40 años. Otros factores que pueden interferir en ambos sexos son el consumo de tabaco, la calidad de la dieta y la obesidad, estrés, agentes patógenos y drogas, en especial antiinflamatorios no esteroideos y las consideradas ilegales (Pereira Calvo et al., 2020).

Por otro lado, cabe mencionar que la mayor prevalencia de la infertilidad se encuentra en los países en desarrollo, por tanto, se considera que otras de las causas podrían estar relacionadas con enfermedades de transmisión sexual no atendidas, así como también consecuencias físicas producto de abortos ilegales (Sanmartín Cuevas, 2023).

3.2 Diferenciación entre infertilidad y esterilidad

Resulta pertinente mencionar que, en la lengua anglosajona, al igual que en el presente trabajo, ambos términos son considerados sinónimos, mientras que en la lengua hispana se diferencian según haya habido o no gestaciones previas. De este modo, se reconoce la siguiente clasificación:

Infertilidad Primaria: se produce cuando se ha logrado la gestación, pero no se logra llegar a término con los embarazos, produciéndose abortos involuntarios reiterados.

Infertilidad Secundaria: se produce cuando, luego de haber logrado el embarazo y un parto normales no se logra alcanzar una nueva gestación a término.

Esterilidad Primaria: se produce cuando tras 12 meses de mantener relaciones sexuales sin protección, no se logra una gestación.

Esterilidad Secundaria: se produce cuando tras el parto de un primer hijo y después de una búsqueda de dos años no se logra una nueva gestación (Soto Balbuena et al., 2019).

3.3 Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA)

Las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) son aquellos tratamientos y técnicas médicas, cuyo fin último es lograr un embarazo cuando este no se consigue de modo natural, mediante la manipulación extracorpórea, en un ambiente controlado, de gametos y embriones (Sanmartín Cuevas, 2023). El primer registro de un nacimiento realizado mediante este tipo de intervención fue en 1978 en Inglaterra cuando Louise Brown, llamada la niña de probeta, fue concebida de manera extracorpórea mediante la unión de gametos femeninos y masculinos obtenidos con anterioridad en un ambiente controlado. Desde entonces, las técnicas se han ido perfeccionando, se formaron más y más profesionales especializados en el campo (como genetistas, embriólogos y ginecólogos) aumentando así el número de nacimientos (Paraíso et al., 2021). Estos métodos, favorecidos por el desarrollo de la biotecnología, permiten la modificación, corrección o perfeccionamiento de procesos que favorezcan la fecundación (Zúñiga Barrera et al., 2021).

Se ha clasificado a las técnicas de reproducción humana asistida en dos grupos, las llamadas de baja complejidad, que consisten en la unión de gametos dentro del cuerpo de la persona con capacidad de gestar, como son el caso del coito programado y la inseminación

intrauterina, que no implican molestias físicas significativas ni riesgos. Las técnicas de alta complejidad, por su parte, implican intervenciones más costosas, con equipamiento de alta tecnología y personal especializado. La elección queda a cargo del profesional de la salud tratante en función de las causas de la infertilidad y otros factores a tener en cuenta, como la edad de la mujer. En cuanto a las tasas de éxito, son las técnicas de alta complejidad las que presentan mejores resultados (Francos Pérez et al., 2023).

3.4 Fertilización in Vitro (FIV) e Inyección Intracitoplasmática (ICSI)

La Fertilización in Vitro fue utilizada originalmente para el tratamiento de aquellas mujeres que padecían problemáticas irreparables en sus trompas de Falopio que les impedían concebir. Actualmente, es considerado el método más utilizado ya que se ha extendido a la gran mayoría de las causas de infertilidad (Soto Balbuena et al., 2019). Por su parte, la inyección intracitoplasmática surgió como un tratamiento específico en casos con problemáticas masculinas severas, sin embargo, hoy en día es frecuente su uso para aumentar las posibilidades de éxito dado que permite la selección de los mejores espermatozoides, los cuales son introducidos directamente en el óvulo con una microinyección (Castro de-Pita y Moreno-Rosset, 2009 citados en Sanmartín Cuevas, 2023).

Al ser una técnica de alta complejidad puede implicar molestias físicas y, entre las consecuencias no deseadas se encuentran los embarazos múltiples (dado que para aumentar la tasa de probabilidad de gestación se puede implantar más de un embrión), síndrome de hiperestimulación ovárica y abortos espontáneos. Asimismo, su éxito, si bien es alto, no está garantizado, por lo que suele generar incertidumbre y episodios ansiosos (Zúñiga Barrera et al., 2021).

Por su parte, un informe de la Sociedad de Tecnologías Reproductivas Asistidas mencionó que, si bien el porcentaje de éxito de un tratamiento FIV ronda entre el 40 y 60%,

en las mujeres de hasta 35 años esa posibilidad ronda entre el 41 y 43%, mientras que dicho porcentaje comienza a disminuir a medida que la edad de las mujeres aumenta, siendo del 23 al 27% entre los 38 y 40 años y para las mayores es apenas entre el 13 y 18% (Ruíz, 2017 citada en Zúñiga Barrera et al., 2021).

El protocolo de aplicación de una técnica de Fertilización in Vitro consiste en una serie de pasos ordenados: estimulación ovárica controlada, punción folicular, fecundación de ovocitos, transferencia embrionaria, y espera de resultados (Sanmartín Cuevas, 2023).

3.4.1 Estimulación ovárica controlada

Su objetivo es facilitar la maduración en los ovarios de varios folículos contenedores de ovocitos al mismo tiempo. Para ello la mujer se auto administra durante 8 a 12 días varias inyecciones de medicación intramuscular o subcutánea de gonadotrofina exógenas, especialmente la hormona folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH). Durante el proceso se controla, mediante muestras de sangre, los niveles de estrógeno y progesterona, al tiempo que se monitorea mediante repetidos controles ecográficos el crecimiento folicular y el grosor del endometrio, el cual deberá alcanzar un mínimo de 8 mm para ser considerado viable para la transferencia embrionaria (Guerra-Díaz, 1998 citada en Sanmartín Cuevas, 2023).

3.4.2 Punción folicular

Una vez alcanzada la madurez de los folículos, y se detecten al menos tres de un tamaño de por lo menos 18mm, se administra la hormona gonadotrofina coriónica humana (hCG) para que, luego de 36 horas se realice su recuperación. Los ovocitos son extraídos en un quirófano utilizando el método de aspiración folicular guiado por ecografía transvaginal. El procedimiento requiere de sedación o anestesia, tiene una duración de aproximadamente media hora y luego del mismo, la mujer deberá permanecer en reposo por treinta minutos. Una vez finalizado todo el proceso se comenzará con la administración por vía oral o vaginal

de hormona progesterona, la que deberá administrarse hasta una vez cumplido el tercer mes de embarazo, en caso de concretarse (Sanmartín Cuevas, 2023).

3.4.3 Fecundación de ovocitos

En el laboratorio se analiza el material extraído y se seleccionan los espermatozoides mediante la técnica de centrifugado. Pasadas unas horas se procede a fecundar los ovocitos maduros mediante su cultivo junto a los espermatozoides para que, o bien uno de ellos logre atravesar la membrana plasmática del óvulo, o se introduzca por medio de la inyección intracitoplasmática. Luego de 16 a 18 horas en la incubadora se procede a controlar su evolución y, en el caso de conseguido el o los cigotos, se los mantiene en cultivo para su desarrollo embrionario. Dicho cultivo podrá mantenerse hasta 2-3 días, momento en que los embriones alcancen un estado de mórula o bien, como suele recomendarse para obtener una mejor observación del avance del embrión y estimar su potencial para prosperar en embarazo, se puede esperar entre 5 y 7 días hasta que se encuentre en estado de blastocito para ser implantado en la cavidad uterina (Sanmartín Cuevas, 2023).

3.4.4 Transferencia embrionaria

En la actualidad, y siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE), se suele transferir un solo embrión con el objetivo no solo de reducir las posibilidades de embarazos múltiples, riesgosos y poco viables, sino también, reducir las complicaciones durante la gestación y lograr el alumbramiento de un niño sano. Sin embargo, la decisión también depende de otros factores como, la calidad de los embriones obtenidos, el estado médico general de la mujer y la decisión del paciente (Land y Evers, 2003 citadas en Sanmartín Cuevas, 2023).

El proceso de transferencia, a diferencia de la extracción, no requiere de sedación y consiste en colocar el embrión en un catéter en el útero con ayuda de una ecografía

transabdominal (Sanmartín Cuevas, 2023). Una vez finalizado el procedimiento, se recomienda que la mujer permanezca unos momentos recostada en la camilla y tomar un día de reposo antes de continuar con su vida normal. En el caso de que se cuente con embriones no transferidos, los mismos serán criopreservados a una temperatura de -196° pudiendo conservarse sin alteraciones hasta por 50 años (Pereira Orozco, 2020).

3.4.5 Espera de resultados

Entre los 12 y 14 días posteriores a la transferencia la mujer se podrá realizar la prueba de embarazo mediante la extracción de una pequeña muestra de sangre para medir la concentración de hCG (Zúñiga Barrera et al., 2021), período comúnmente llamado betaespera.

Cuando los análisis arrojan un resultado positivo (superior a 5mlU/ml, aunque por los días pasados desde su implantación se espera que sea de 50mlU/ml) se deberá realizar una ecografía vaginal para evaluar la evolución, detectar latido fetal y constatar la presencia del saco gestacional. En el caso de que no se haya obtenido el embarazo, el equipo médico evalúa los resultados y valora las posibilidades de repetir el tratamiento (Sanmartín Cuevas, 2023).

3.5 Normativa y estadísticas en Argentina

Según los resultados obtenidos por el Registro Argentino de Fertilización Asistida (RAFA) sobre un total de 45 centros especializados en el país en el año 2021 se realizaron un total de 32333 procedimientos, de los cuales 16.073 fueron de fertilización asistida, siendo 11.879 (74%) de Fertilización in Vitro. Dichos datos fueron informados en la V Reunión Científica Ordinaria Anual de 2023 organizada por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR), una asociación civil sin fines de lucro fundada en 1947 con el objetivo de promover la investigación de la fertilidad humana en todos sus aspectos,

fomentando las relaciones con otras sociedades que persigan el mismo fin tanto a nivel nacional como internacional (SAMeR, 2023).

Argentina fue el primer país de América Latina en sancionar una Ley que garantiza el acceso gratuito a tratamientos de fertilización asistida, tanto de baja como de alta complejidad, a toda persona o pareja, entre los 18 y los 51 años, sin restricción por su orientación sexual ni estado civil, a través del sistema de salud público, privado, así como también obras sociales. La Ley N° 26.862 fue sancionada y reglamentada a nivel nacional en 2013, siendo su antecedente la Ley N° 14.208 de Fertilización Asistida de la Provincia de Buenos Aires sancionada tres años antes. Hasta ese momento solo un reducido número de personas habían logrado acceder a este tipo de técnicas debido a lo elevado de sus costos económicos (Ariza, 2014), siendo este también uno de los motivos más habituales de abandono del tratamiento.

Por otro lado, a raíz de esto, el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina en el año 2015 sufrió modificaciones en sus artículos correspondientes al apartado sobre filiación, reconociendo en su artículo 562 a las TRHA como otra fuente de filiación, con independencia del tipo de técnica utilizada. Además, se establece que se deberá presentar constancia sobre todo nacimiento mediante una intervención de este tipo en el Registro Nacional de las Personas otorgando al niño el derecho a la construcción de su identidad como derecho a saber su origen gestacional y genético en un marco de salud integral, en especial cuando se trata de niños concebidos mediante la donación de gametos femeninos, masculinos o ambos (Dieta y Wagner, 2020).

La sanción de la Ley Nacional de Fertilización Humana Asistida N° 26.862 pretendió poner fin a la disparidad de las personas en materia de salud debido a su nivel económico, prestigio o poder, planteando un sistema de salud más equitativo y considerando a la

reproducción como un derecho humano (Ariza, 2017). En relación a esto, cabe señalar que hay algunos aspectos que esta Ley establece en su artículo N°8 y que aún hoy generan controversias y conflictos legales entre las usuarias y sus obras sociales, de los que se pueden resaltar:

1. La mujer podrá realizar hasta 4 tratamientos anuales con técnicas de reproducción asistida de baja complejidad, mientras que, en el caso de los de alta complejidad ese número se reduce a 3 respetando intervalos de mínimo de 3 meses entre ellos. Sin embargo, no se especifica de un modo claro y contundente si los intentos de alta complejidad serán anuales o de por vida (Daniele, 2017).

2. La Ley menciona que “el sistema de Salud Público cubrirá a todo argentino y a todo habitante que tenga residencia definitiva otorgada por autoridad competente, y que no posea otra cobertura de salud”. Sin embargo, los hospitales públicos no disponen de banco de donantes de gametos ni embriones, por lo tanto, parejas del mismo sexo, mujeres que, por una cuestión de edad, impedimento médico o que no tengan pareja no podrán realizar su tratamiento en este tipo de instituciones (Ariza, 2017).

3. Se establece que “Quedan incluidos en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PMO), los procedimientos y las técnicas de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo para la reproducción médicamente asistida (...)”. Sin embargo, no se especifica que el tratamiento psicológico sea una terapia de apoyo interdisciplinaria.

3.6 Ansiedad

La emoción adaptativa del miedo es aquella que, de manera rápida y eficaz, pone al individuo en estado de alerta ante la presencia de un peligro, desencadenando internamente una serie de reacciones fisiológicas necesarias para poder enfrentar dicha amenaza, o iniciar la retirada. Esta emoción, aunque esencial para la supervivencia, puede resultar problemática

cuando se presenta como un miedo indefinido y generalizado, en donde se dificulta poder especificar el origen concreto de tal amenaza, al tiempo que acarrea una estimación exagerada del peligro. A esto es a lo que se da en llamar Ansiedad, cuyo término deriva del latín *anxietas*, palabra utilizada para aludir al estado de preocupación e inquietud (Tafet, 2019).

Por su parte, Barlow (2002, citado en Clark y Beck, 2012) mencionó que la ansiedad es un estado de persistente amenaza que, además del miedo, abarca otros factores cognitivos como la incertidumbre, la falta de control, falta de habilidad para lograr los resultados esperados y vulnerabilidad. Resulta pertinente mencionar que, tanto Barlow como Beck (2002, 1985 citados en Clark y Beck, 2012), coincidieron en reconocer la diferencia entre el miedo de la ansiedad, considerando al primero como un concepto claramente definido y básico, mientras que el segundo es una “respuesta subjetiva más general” (Clark y Beck, 2012, p. 22). En este sentido, y por todo lo dicho, el miedo es una consecuencia natural ante un peligro específico y real, cuya duración se limita a la presencia de la amenaza que lo suscita. La ansiedad, por su parte, es una reacción secundaria, en general anticipatoria de una posible amenaza, sea externa o interna, y que puede persistir incluso ante la ausencia de esta (Díaz Kuaik y De la Iglesia, 2019).

Partiendo de la teoría del aprendizaje social, que plantea que las expectativas de los individuos influyen en sus acciones, Bandura (1974, 1977, 1982, citado en Díaz Kuaik y De la Iglesia, 2019) diferenció entre dos tipos de expectativas, las de resultado que refieren a aquellas valoraciones basadas en las posibles consecuencias de determinadas conductas, y las expectativas de autoeficacia, que involucran a las propias creencias sobre la capacidad de contar con la aptitud adecuada para llevar adelante, y de manera exitosa, una determinada acción. Desde este punto de vista, el autor consideró que la ansiedad es un estado subjetivo surgido a partir de la propia evaluación y reevaluación tanto de los estímulos externos

(situación) como los internos (pensamientos), cuyo resultado determinará tanto la intensidad como la perduración de la misma (Díaz Kuaik y De la Iglesia, 2019). Es decir que, los montos de ansiedad no estarán determinados por la situación per se, sino por la forma en que esta es valorada (Clark y Beck, 2012).

En líneas generales, la ansiedad es una emoción que comprende distintos factores que interactúan entre sí. Factores fisiológicos que se ponen en funcionamiento de modo automático a partir de la activación del sistema nervioso autónomo preparando al organismo para la lucha o huida ante la valoración como peligrosa o amenazante de un contexto o situación, desencadenando una serie de reacciones como sudoración, palpitaciones, sequedad bucal, tensión muscular, opresión torácica e hiperventilación, entre varias otras. Los factores cognitivos involucran el modo de procesar la información concerniente al entorno y las propias capacidades de resolución, entre los que se encuentran el miedo, la aprensión, la poca memoria, la escasa concentración, la autopercepción de indefensión, las dificultades en el razonamiento y la despersonalización, entre otras. En cuanto a los factores afectivos, los mismos tienen que ver con el sentir subjetivo de la ansiedad e incluyen agitación, tensión, nerviosismo y aprehensión, entre varios otros. Por último, los factores conductuales son las acciones tendientes a evitar, controlar, enfrentar o huir de la amenaza a la existencia; dichas conductas podrán ser evitativas, exploratorias de seguridad, paralizantes o de cautela (Díaz Kuaik y De la Iglesia, 2019).

En este sentido, las personas suelen dar por supuesto que son las situaciones y no las cogniciones, es decir su valoración, las causantes de su ansiedad cuando en realidad se trata del modo en que se evalúa o valora la situación. Se distinguen, entonces, tres niveles de ansiedad, siendo elevada cuando hay una alta gravedad o probabilidad de la amenaza y una baja interpretación subjetiva de la capacidad de afrontamiento, mientras que, por el contrario, una alta capacidad de afrontamiento y una baja probabilidad de amenaza indicarían un bajo

nivel de ansiedad. En los niveles moderados, hay un equilibrio entre las propias capacidades y la valoración sobre la amenaza (Clark y Beck, 2012).

3.6.1 Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado

Desde un enfoque psicométrico Spielberger (1966, citado en Díaz Kuaik y De la Iglesia, 2019) definió al estado de ansiedad como una condición personal impulsada por la estimación cognitiva de un hecho como potencialmente riesgoso, que como resultado genera la activación del sistema nervioso autónomo y endócrino, así como también sentimientos poco agradables como la aprensión y tensión. Con un fin operacional, diferenció al constructo en dos conceptos independientes, la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. El primero consiste en la predisposición a presentar ansiedad, es decir que son características individuales, y relativamente estables a la hora de interpretar las situaciones como amenazantes y responder de manera ansiosa. Por su parte, la ansiedad estado es un estado emocional temporal, variable en cuanto a su intensidad y duración, que genera la activación del sistema nervioso autónomo como la respuesta común en todos los individuos frente a un hecho específico percibido como peligroso (Díaz Kuaik y De la Iglesia, 2019).

3.6.2 Prevalencia de la ansiedad

Según la Organización Mundial de la Salud para 2019 unos 301 millones de personas en el mundo, es decir 1 de cada 26, sufrieron al menos un trastorno de ansiedad (OMS, 2023).

Cuando un episodio ansioso se presenta en la infancia y la adolescencia, este suele persistir durante la vida adulta, sin embargo, muchas personas no reciben tratamiento profesional ni recurren a consulta (Clark et al., 2012).

Los mismos autores señalan que de todos los problemas psicológicos, los que con mayor frecuencia se presentan son los trastornos de ansiedad, siendo la población femenina

aquella en la que se observan los índices más altos, y la depresión la comorbilidad más observada.

3.6.3 Influencia de la ansiedad sobre la infertilidad

Si bien a lo largo del tiempo se ha podido demostrar que someterse a un tratamiento de reproducción asistida aumenta los niveles de ansiedad, no se ha logrado consenso aún sobre los efectos de esta en los resultados de dichos tratamientos. Algunos autores consideran a la infertilidad como una enfermedad psicosomática dada su interacción entre los sistemas nervioso y endócrino, sumado al componente emocional (Gallinelli et al., 2001, citados en Lequerica Fernández, 2013). En un intento de poder determinar los factores predictores de éxito de los tratamientos de reproducción artificial, se han tenido en consideración aspectos de tipo biológicos y médicos como la edad de la mujer y enfermedades previas, sin embargo, la investigación sobre las variables psicológicas y su impacto sigue siendo escasa y contradictoria (Lequerica Fernández, 2013).

La ansiedad tiene un efecto indirecto sobre la infertilidad al afectar la vida sexual de la pareja, mientras que afecta de un modo directo debido a la incertidumbre y sensación de falta de control sobre el tratamiento y el propio cuerpo. Por otra parte, no parece ser el único factor que ejerce influencia, basta con recordar el descubrimiento de Selye (1936, citado en Lequerica Fernández, 2013) sobre los efectos del estrés en relación a la atrofia ovárica observada en un estudio sobre ratas sometidas a distintos estresores. Además, no se puede dejar de considerar la influencia que tiene la medicación administrada durante el tratamiento sobre el desarrollo de trastornos de la ansiedad y del estado del ánimo, en especial por su acción sobre los estrógenos y la progesterona, ambas hormonas sexuales femeninas que pueden generar sintomatología similar a la experimentada en el postparto y en la menopausia (Lequerica Fernández, 2013).

3.7 Ansiedad en tratamientos de reproducción asistida

La Organización Mundial de la Salud considera a la infertilidad como una enfermedad crónica, aunque es importante considerar que existen ciertas características propias que la distinguen de otros padecimientos físicos como el hecho de que, quienes la padecen, no se ven afectados en la funcionalidad de un órgano específico, no presentan sintomatología dolorosa ni limitaciones físicas. Además, la infertilidad no presenta una amenaza concreta para la vida y las parejas cuentan con plena libertad de elección a la hora de emprender, o no, un tratamiento de fertilización asistida. Sin embargo, y pese a todo esto, quienes padecen infertilidad manifiestan reacciones emocionales que, en numerosos casos, han sido equiparadas a las que se presentan en los pacientes que enfrentan un diagnóstico de cáncer (Domar et al., 1993, citados en Antequera Jurado et al., 2008).

La ansiedad es un factor que tiene una gran influencia en los resultados de un tratamiento de Fertilización in Vitro; al día de hoy no existe consenso sobre la relación entre los niveles de ansiedad y el éxito del tratamiento, no obstante, algunos autores han demostrado que las pacientes que presentaron menores niveles de ansiedad tuvieron mejores resultados en comparación con aquellas cuyas puntuaciones fueron entre moderada y severa (Albarracín Zúñiga, 2019). Por otro lado, otros especialistas han mencionado que se obtienen puntuaciones más altas en aquellas mujeres que se han sometido a tratamientos previos fallidos en comparación con aquellas que recién lo comienzan (Heredia Carrasco, 2019). En resumen, si la ansiedad experimentada influye en el resultado del tratamiento y, por otro lado, los resultados fallidos en este aumentan los niveles de ansiedad, es innegable que existe una relación entre la ansiedad y los tratamientos de reproducción asistida.

Las pacientes que se someten a un tratamiento de FIV suelen experimentar ansiedad no solo producto de la anticipación desfavorable de los resultados, sino también por los

efectos en la salud propia y de su hijo, y la propia capacidad de adaptación y afrontamiento para el tratamiento propiamente dicho (Lequerica Fernández, 2013).

3.8 El rol del psicólogo en el ámbito de las técnicas de fertilización asistida

Poco a poco, los profesionales de la salud mental se han introducido en el ámbito médico para dar atención a aquellas personas con padecimientos crónicos, brindándoles apoyo e intervenciones que les permitan incorporar conductas saludables, afrontar de un modo positivo diagnósticos y tratamientos médicos, incrementando así la calidad de vida de enfermos y cuidadores. La infertilidad es considerada como enfermedad crónica que en las más de las veces genera un dolor emocional más que físico, y, por tanto, deberá ser atendida no solo en su faceta corporal, sino también emocional, individual y de pareja. Desde esta concepción en el Congreso Hispano-Portugués de la Psicología del año 2000 surgió desde la rama de la Psicología de la Salud aquello que se dio en llamar Psicología de la Reproducción. Desde esta perspectiva el psicólogo deberá contar con conocimientos básicos en infertilidad, características de los estudios para su diagnóstico y del tratamiento; conocer los alcances de la Ley de Fertilización Humana Asistida, así como también familiarizarse sobre los procesos psicológicos por los que atraviesan las pacientes en cada fase de los tratamientos y sus más adecuadas intervenciones sin descuidar la singularidad de cada caso (Moreno-Rosset et al., 2010).

En relación al rol del psicólogo, quién deberá ser lo suficientemente susceptible como para captar las necesidades de sus pacientes y modificar sus intervenciones, objetivos y estrategias en función del estadio del tratamiento en el que cada persona se encuentra, se pueden mencionar distintas intervenciones:

- Fase de diagnóstico de la infertilidad: intervención psicoeducativa tanto en la información sobre los aspectos médicos, prevención de desregulaciones emocionales y técnicas de relajación. Búsqueda de recursos sociales y familiares.
- Fase de tratamiento: fomentar la expresión emocional, prevenir sobre posibles fracasos, disminuir los niveles de ansiedad, trabajo en habilidades sociales y comunicativas para evitar la presión del entorno familiar y social mientras que se mejora el intercambio con el personal médico tratante. Prevenir posibles alteraciones en la vida marital y sexual, al tiempo que se acompaña en el proceso de decisiones sobre los cambios en el tratamiento (posibilidad de embarazo múltiple, interrupción de embarazo, iniciar un nuevo intento, necesidad de recurrir a donantes de gametos, etc.).
- Fase de finalización del tratamiento: en el caso de no conseguir la gestación, elaboración y tramitación del duelo, elaboración de nuevos planes a futuro, tanto individuales como de pareja, así como también evaluar otras opciones de paternidad (adopción, subrogación, etc.). Mientras que, si se logra el embarazo, se interviene sobre los temores y ansiedades que podrían generarse en relación a los cuidados, desarrollo y rol parental (Moreno-Rosset et al., 2010).

El aporte de la psicología en los tratamientos de reproducción asistida consiste, entonces, en lograr que la persona pueda conseguir su objetivo de embarazo y tener un hijo con la mayor calidad de vida y el menor impacto psicológico posible (Soto Balbuena et al., 2019). En cuanto a los objetivos terapéuticos, la misma procura restablecer la autovaloración y el autoconcepto, al tiempo que las intervenciones pretenden fortalecer la comunicación y la vida sexual de la pareja, así como también reducir el riesgo de sufrir cuadros ansiosos y depresivos, es decir reestablecer y procurar el bienestar psicológico de las mujeres y parejas infértiles (Izzedin Bouquet de Durán, 2011).

4. MÉTODO

Este trabajo tuvo como objetivo indagar acerca de la ansiedad en mujeres que transitan un tratamiento de Fertilización in Vitro, así como también conocer la fase en la que se experimentan los niveles más elevados. Para ello, se llevó a cabo un estudio de metodología empírica, diseño no experimental, de enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional.

Los estudios empíricos involucran la recolección de datos directamente de la realidad a través de la observación y medición de acontecimientos reales, mientras que el diseño transversal indica que, esos datos y la relación entre las variables, fueron recolectados y analizados en un único momento o tiempo. Por otro lado, que su diseño sea no experimental garantiza la no manipulación de manera intencional de variables por parte del investigador, es decir, que los datos observados en este estudio se analizaron tal y cual se han presentado en su contexto natural. Mientras que, el enfoque cuantitativo implica la recolección y análisis de datos mediante técnicas específicas. Se ha utilizado el método estadístico que permita establecer diferencias y similitudes entre las variables. Finalmente, los estudios descriptivos definen las características de las personas, grupos o el fenómeno al que se sometió a análisis, y el hecho de que se trate de un estudio correlacional permite conocer la relación entre dos o más variables (Hernández Sampieri et al., 2014).

La muestra se compuso por 56 mujeres entre 28 y 50 años miembros de comunidades virtuales cerradas de Facebook: *Embarazos por Fertilización In vitro o Inseminación, Apoyo mujeres fertilización in vitro, Fertilidad e Infertilidad Argentina, Para saber con quién atendernos FERTILIDAD y Concebir Asociación Civil.*

Se administró la versión resumida para evaluar la ansiedad estado del *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* de Spielberger, Gorsuch y Lushene (2011) en su versión adaptada al

español de Buela Casal, Guillén Riquelme y Seisdedos Cubero (2011). Se trata de una escala Likert de cuatro puntos que utiliza dos inventarios para medir por separado, la ansiedad estado y rasgo, entendiendo a la primera como un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos percibidos subjetivamente como aprensivos y tensos. Mientras que el segundo, se refiere a una propensión ansiosa relativamente estable del sujeto que tiende a percibir y evaluar las circunstancias como amenazantes. El inventario ha demostrado utilidad para valorar la ansiedad en distintos ámbitos, es de autoadministración en ambos casos y tiene la particularidad de poder administrarse de modo tal que solo se evalúe uno de los constructos, ya que cuentan con baremos independientes. En el caso de la ansiedad estado, se evalúan 20 ítems que deberán responderse en función a cómo se siente el evaluado en ese momento según cada elemento. Las puntuaciones corresponden a “nada” (0 puntos), “algo” (1 punto), “bastante” (2 puntos) y “mucho” (3 puntos). Diez de los elementos fueron redactados de modo tal que a la hora de interpretar los resultados deberán invertirse sus puntuaciones, es decir que, al ítem que puntúa con un elevado nivel de ansiedad (3 puntos) por ejemplo, en “estoy tenso”, puntuará de manera inversa en “me siento seguro”, cuyo valor máximo de ansiedad será 0. Los valores obtenidos, deberán sumarse y trasladarse a la tabla de baremos que se encuentra diferenciada por sexo y edad. En el caso de mujeres adultas las puntuaciones entre 0 y 19 se corresponden con bajos niveles de ansiedad, mientras que entre 21 y 29 se considera media, y las puntuaciones obtenidas entre 31 y 60 se corresponden con altos niveles de ansiedad estado (Spielberger et al., 2011).

5. RESULTADOS

Para el análisis de datos se utilizó el soporte estadístico IBM SPSS Statistics Visor en su versión 26.

La muestra está compuesta por 56 mujeres (N=56) entre 28 y 50 años, siendo la media de 39,7 años. En cuanto a la distribución geográfica, el 39,3% residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 32,1% en la Provincia de Buenos Aires, mientras que el 8,9% se distribuyen entre otras provincias de la República Argentina y el 19,6% son mujeres que se encuentran realizando su tratamiento de FIV en otros países de la región. El nivel educativo se distribuyó entre un 58,9% que completaron sus estudios universitarios, el 26,8% terciarios y el 14,3% completó hasta el nivel secundario. Dicha información se detalla en las Tablas 1, 2 y 3.

Tabla 1

Edad de la muestra

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media
Edad	56	28	50	39,7

Tabla 2

Distribución geográfica de la muestra

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
CABA	22	39,3
Provincia de Buenos Aires	18	32,1
Otros países	11	19,6
Otras provincias de la República Argentina	5	8,9
Total	56	100

Tabla 3

Nivel máximo de estudios completados

Nivel máximo de estudios completados	Frecuencia	Porcentaje
Universitario	33	58,9
Terciario	15	26,8
Secundario	8	14,3
Total	56	100

La convocatoria se realizó a través de publicaciones en grupos cerrados de Facebook *Embarazos por Fertilización In vitro o Inseminación, Apoyo mujeres fertilización in vitro, Fertilidad e Infertilidad Argentina, Para saber con quién atendernos FERTILIDAD y Concebir Asociación Civil*. Para poder comenzar a responder las preguntas del cuestionario, primeramente, todas las participantes debieron aceptar su implicación a través del formulario de consentimiento informado.

A continuación, se indagó sobre el número de tratamientos previos y se halló que, del total de la muestra, el 48,2% (27 mujeres) se encontraba realizando su primer tratamiento, mientras que el 51,8% restante (29 mujeres) era recurrente (Tabla 4). En cuanto al tipo de infertilidad, el 71,4% se trató del tipo primaria, es decir que nunca lograron concebir, mientras que el 28,6% se trató del tipo secundaria (Tabla 5). Al indagar sobre las causas, como se puede observar en la Tabla 6, tanto la femenina como la idiopática se encontró presente en el 41,1% de los casos (23 mujeres), mientras que, el 12,5% (7 mujeres) informaron causas mixtas, y el 5,4% (3 mujeres) aludieron factores masculinos. En la Figura 1 se presenta la distribución de la muestra según el lugar de residencia y el tipo de institución en donde se realizó el tratamiento.

Tabla 4

Indagación sobre tratamientos FIV previos

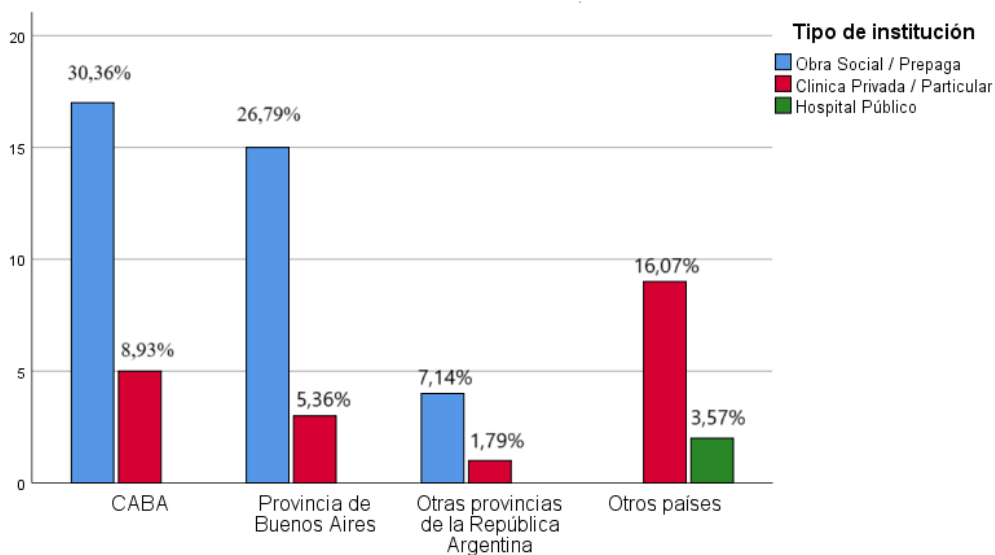
¿Es su primer tratamiento FIV?	Frecuencia	Porcentaje
No	29	51,8
Sí	27	48,2
Total	56	100

Tabla 5*Distribución de la muestra por tipo de infertilidad*

Tipo de infertilidad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	40	71,4
Secundaria	16	28,6
Total	56	100

Tabla 6*Distribución de la muestra según las causas de la infertilidad*

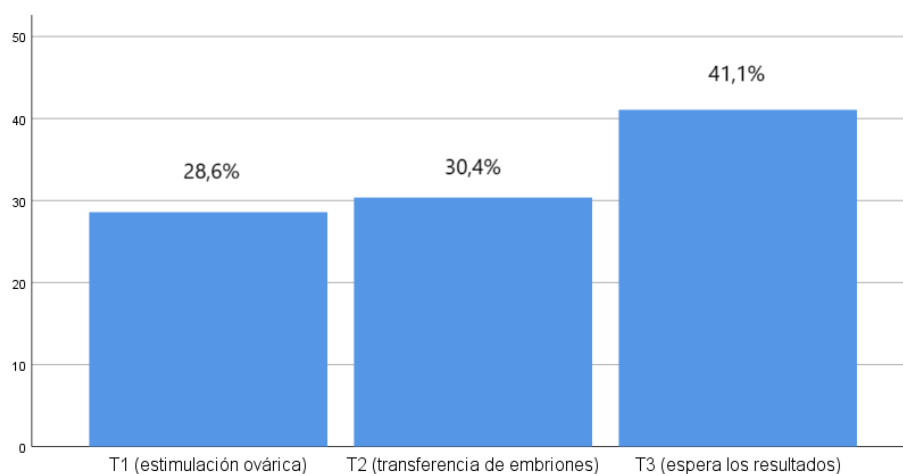
Causa de la infertilidad	Frecuencia	Porcentaje
Femenina	23	41,1
Idiopática	23	41,1
Mixta	7	12,5
Masculina	3	5,4
Total	56	100

Figura 1*Relación entre lugar de residencia y tipo de institución de fertilización*

Con fines investigativos, se dividió el proceso en tres fases; 16 mujeres (28,6%) se encontraban realizando la estimulación ovárica (T1), 17 (30,4%) estaban en el tiempo de transferencia embrionaria (T2), y 23 (41,1%) se encontraban aguardando para realizar los análisis de sangre (T3), es decir que se encontraban en Beta espera (Figura 2).

Figura 2

Distribución de la muestra según la etapa del tratamiento



Del total de la muestra, el 67,9% (38 mujeres) obtuvieron puntuaciones medias para ansiedad estado, el 30,4% (17 mujeres) puntuaron elevado, mientras que solo una mujer (1,8%) obtuvo una baja puntuación. Al indagar sobre si realizaron tratamiento psicológico luego de conocer su diagnóstico de infertilidad, el 41% (23 mujeres) respondió afirmativamente, de las cuales el 26,8% (15 mujeres) fue por voluntad propia, el 8,9% (5 mujeres) fueron derivadas por el profesional tratante y el 5,4% (3 mujeres) ya se encontraba bajo tratamiento psicoterapéutico. Por su parte, el 59% (33 mujeres) respondió no haber contactado a un profesional de la salud mental (Tablas 7, 8 y 9).

Tabla 7

Puntuaciones obtenidas para ansiedad estado

Nivel de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Media	38	67,9
Alta	17	30,4
Baja	1	1,8
Total	56	100

Tabla 8*Indagación sobre si se realizó tratamiento psicológico luego del diagnóstico*

¿Realizó tratamiento psicológico después de conocer su diagnóstico de infertilidad?	Frecuencia	Porcentaje
No	33	59
Sí	23	41
Total	56	100

Tabla 9*Indagación sobre si acudieron por voluntad propia o derivación del profesional tratante*

Acude por voluntad propia o fue derivada	Frecuencia	Porcentaje
Voluntad propia	15	26,8
Fue derivada	5	8,9
Ya estaba en tratamiento	3	5,4
Total	23	41,1

5.1 Entrecruzamiento de variables

Tabla 10*Cuadro comparativo de entrecruzamiento de variables*

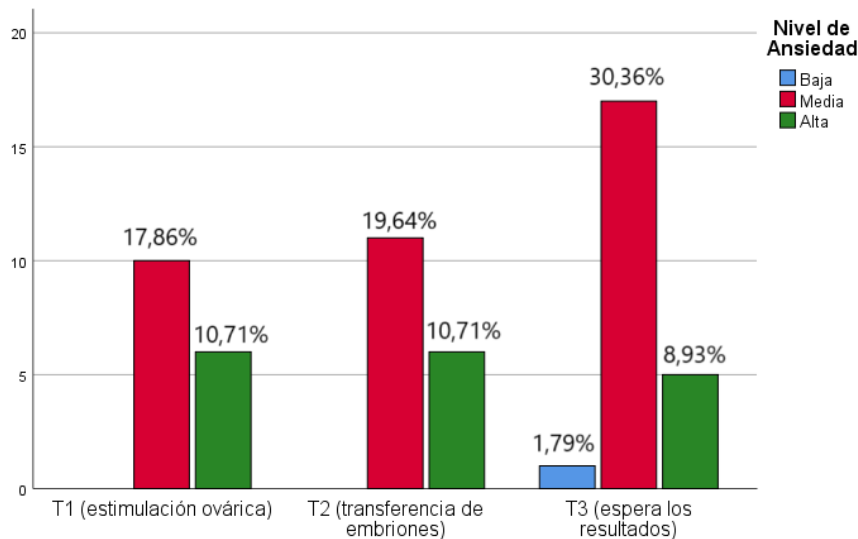
Nivel de ansiedad	Fase del tratamiento	Cantidad de mujeres	Porcentaje de la muestra
Elevado	T1	6	10,7
	T2	6	10,7
	T3	5	8,9
Medio	T1	10	17,8
	T2	11	19,6
	T3	17	30,3
Bajo	T1	0	0
	T2	0	0
	T3	1	1,7
Total		56	100

Posteriormente, como se puede observar en el cuadro comparativo (Tabla 10), se realizó un entrecruzamiento de datos para establecer la relación entre los niveles de ansiedad y la fase del tratamiento (Gráfico 3) y se observó que 10 mujeres (17,8%) que se encontraban

realizando la estimulación ovárica (T1) obtuvieron niveles medios de ansiedad estado, mientras que 6 (10,7%) obtuvieron niveles elevados. De las 17 mujeres que se encontraban en la fase de transferencia de embriones (T2) 11 mujeres (19,6%) puntuaron con valores medios y 6 (10,7%) altos. Por último, aquellas que se encontraban en el período de espera para los resultados (T3) se distribuyeron en 17 (30,3%) con niveles de ansiedad media y 5 mujeres (8,9%) puntuaron con niveles elevados. Solo 1 mujer (1,7%) presentó niveles bajos de ansiedad estado en esta fase.

Gráfico 3

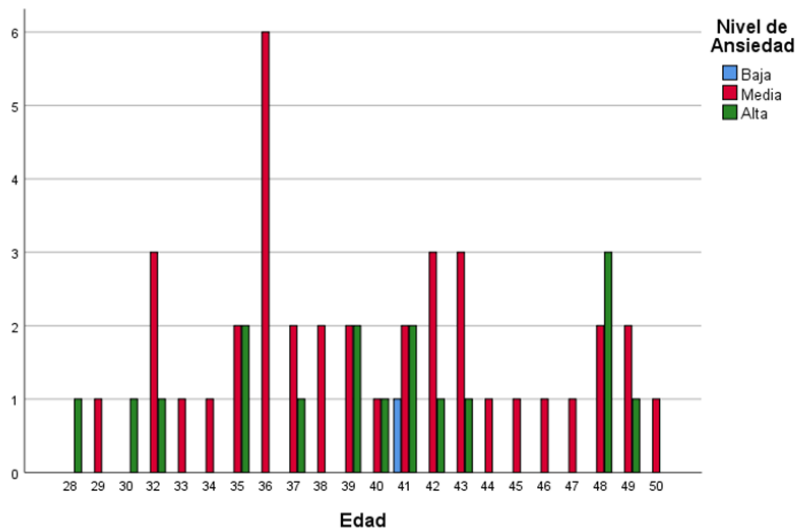
Relación entre los niveles de ansiedad y la fase de tratamiento FIV



El Gráfico 4 muestra los niveles de ansiedad estado distribuidos por la edad de las mujeres en donde se puede observar que, para los niveles medios la frecuencia de aparición fue a los 32, 36, 42 y 43 años, siendo 36 años en donde los valores se duplicaron. En cuanto a los niveles elevados de ansiedad estado los mismos se observaron más frecuentemente a los 35, 39, 41 con mayor presencia a los 48 años.

Gráfico 4

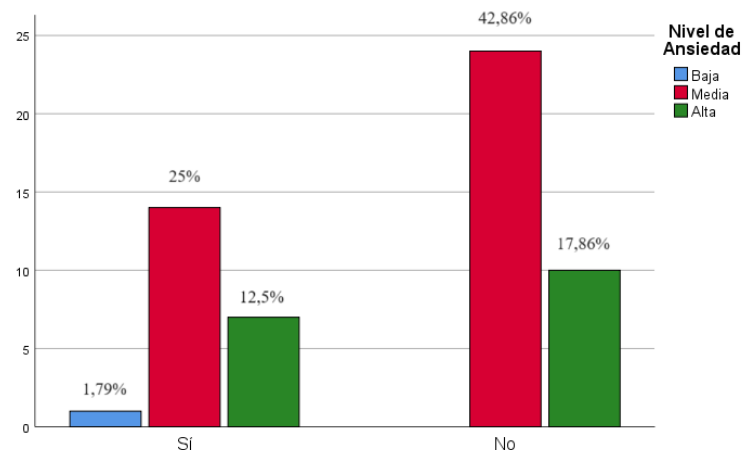
Distribución por niveles de ansiedad y edad de la muestra



También, se estableció una comparación entre los montos de ansiedad estado y las mujeres que mencionaron haber realizado un tratamiento psicológico y aquellas que no (Gráfico 5) y se pudo observar que de las 34 pacientes que no recibieron atención en salud mental de ningún tipo el 42,8% (24 mujeres) presentaron niveles medios de ansiedad, mientras que el 17,8% (10 mujeres) obtuvieron puntuaciones altas. Por su parte, de las 22 que sí realizaron un tratamiento psicológico, 1 (1,7%) puntuó con ansiedad baja, 14 (25%) con ansiedad media, y 7 (12,5%) obtuvieron niveles elevados.

Gráfico 5

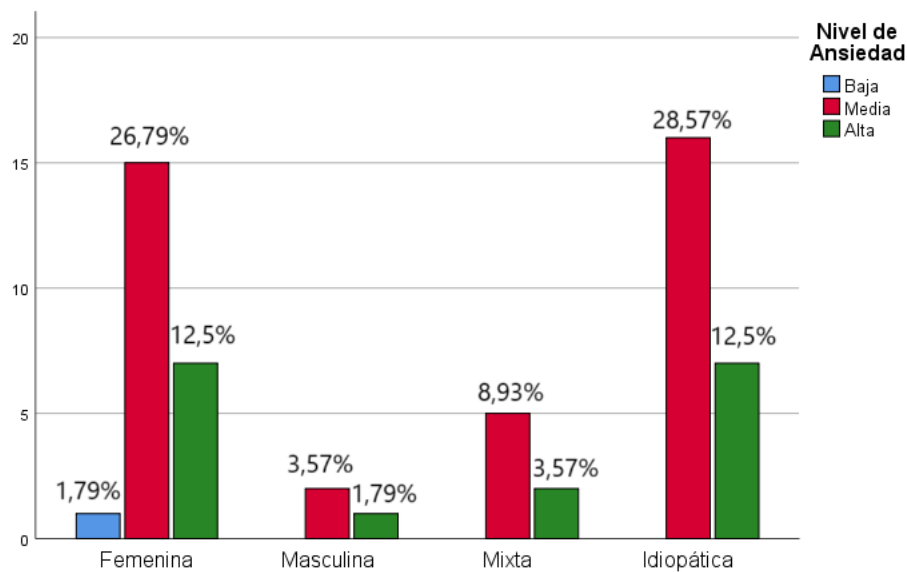
Comparación en los niveles de ansiedad según realicen o no tratamiento psicológico



Finalmente, se correlacionaron los niveles de ansiedad estado con las causas de la infertilidad (Gráfico 6) y se observó que, las puntuaciones más elevadas se dieron en los casos cuyas causas fueron femeninas e idiopáticas. Siendo moderada en el 28,5% de los casos de causas desconocidas, y alta en el 12,5% de los casos cuyas causas fueron femeninas.

Gráfico 6

Correlación entre las causas de la infertilidad y los niveles de ansiedad



6. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con una muestra de 56 mujeres entre 28 y 50 años que se encontraban transitando un tratamiento de Fertilización in Vitro. Con el fin de poder indagar acerca de la ansiedad experimentada, todas las mujeres que dieron su consentimiento para participar completaron de manera anónima el formulario de autoadministración STAI en la versión resumida para ansiedad estado, lo que permitió cumplir con los objetivos y responder, parcialmente, a las hipótesis planteadas.

Los resultados arrojaron que el 67,9% de las mujeres que se encontraban atravesando un tratamiento FIV experimentaron niveles moderados de ansiedad estado, mientras que el

30,4% obtuvo puntuaciones elevadas, por lo que se podría suponer que transitar este tipo de intervención eleva los niveles de ansiedad estado. Estos hallazgos se diferencian de los obtenidos por Albarracín Zúñiga (2019) que halló que la mayoría de las mujeres evaluadas (51,1%) presentaron niveles bajos de ansiedad. Por el contrario, hay coincidencia con los dichos por Chen et al., (2004) y Turner et al., (2013), que demostraron que atravesar un tratamiento de Fertilización in Vitro aumenta los niveles de ansiedad en las mujeres. También hay concordancia con los valores obtenidos en la investigación de Ramezanzadeh et al. (2004, citados en Gdańska et al., 2017) en donde el 86,8% sobre un total de 370 mujeres que se encontraban realizando un tratamiento FIV obtuvieron puntuaciones elevadas para ansiedad.

En relación al objetivo que se propuso determinar la fase del tratamiento en donde se presentan los niveles más altos de ansiedad, se observó que el momento de la espera de resultados fue el que manifestó diferencias más altas en ansiedad media (30,3%) en comparación de los otros dos momentos que puntuaron 19,6% en la fase de transferencia embrionaria, seguida por el 17,8% en la fase de la punción ovárica. Mientras que, para los niveles altos, si bien no fue posible determinar diferencias significativas, las puntuaciones fueron más bajas (8,9%) en la espera de resultados, y tanto en la estimulación ovárica como en la transferencia embrionaria se obtuvo una puntuación más elevada del 10,7% en ambos momentos.

Yong et al. (2000) tampoco pudieron obtener diferencias significativas entre los primeros momentos, aunque sí observaron las puntuaciones más altas en la espera de resultados. Por su parte, Awtani et al. (2019) también obtuvieron los valores más altos para la ansiedad estado en la espera de resultados, mientras que, a diferencia de la presente investigación, en la estimulación ovárica se obtuvieron valores más altos que en la transferencia embrionaria. Sanmartín Cuevas (2023) observó que los valores de la ansiedad

se fueron elevando con el transcurso del tratamiento, llegando a obtener en la espera de resultados valores del 49% en puntuaciones moderadas y 25% en puntuaciones graves.

Otra variable observada se refiere a la relación entre la edad de las mujeres y los niveles de ansiedad en el contexto de la exploración realizada. Una de las hipótesis planteó que, a mayor edad, mayor nivel de ansiedad estado y los resultados obtenidos permitieron corroborarla, puesto que, los niveles elevados se presentaron con mayor frecuencia a los 48 años, lo que podría relacionarse con la cercanía al límite de 51 años que contempla la Ley de Reproducción Médicamente Asistida en Argentina para cubrir los tratamientos. En cuanto a los niveles de ansiedad media, la edad máxima se presentó a los 36 años, estos valores podrían verse afectados al incluir dentro de la muestra mujeres que residían en el exterior. Esto último se puede correlacionar con las investigaciones mencionadas en el presente trabajo que no abordaron el factor edad dentro de sus variables dado que, en su totalidad, corresponden a países que no cuentan con una cobertura estatal de este tipo de tratamientos dentro de sus políticas públicas sanitarias.

En cuanto a las causas de la infertilidad y su relación con los montos de ansiedad, Gabnai-Nagy et al. (2020) hallaron que desconocerlas correlacionaba con el grupo de mujeres que no resultaron embarazadas al final del tratamiento, que además fueron aquellas que puntuaron más alto en ansiedad. En cuanto a los valores obtenidos en el presente trabajo, se halló que los niveles medios para ansiedad estado se presentaron más altos cuando se trató de causas idiopáticas (28,5%) y femeninas (26,7%). Mientras que, las mismas causas puntuaron por igual (12,5%) para los niveles elevados. Debido a la cantidad de la muestra, no es posible corroborar la hipótesis planteada sobre el hecho de que, desconocer las causas de la infertilidad eleva los niveles de ansiedad.

Al comparar el número de tratamientos FIV previos y, dada la poca diferencia entre la cantidad de respuestas afirmativas y negativas, no fue posible establecer si los intentos previos influyen en los estados ansiosos de las mujeres, manteniendo la contradicción entre autores en relación a esta variable. Por su parte Albarracín Zúñiga (2019) halló que las puntuaciones de ansiedad eran más altas en las mujeres que realizaron su primer tratamiento, mientras que Liu et al. (2021) establecieron que a medida que se incrementan repetidos resultados negativos la ansiedad aumenta.

Por último, si bien por la metodología utilizada en este trabajo no es posible determinar la influencia positiva de recibir contención psicológica en los resultados del tratamiento, sí se ha observado que las mujeres que no realizaron una consulta con salud mental, puntuaron más elevado en ansiedad moderada (42,8%) y en ansiedad elevada (17,8%), en comparación con aquellas que sí tuvieron contacto con un profesional de la salud mental que puntuaron 25% y 12,5% respectivamente. Por tanto, sí es posible determinar que recibir tratamiento psicológico durante la FVI ayuda a disminuir la ansiedad en las mujeres que realizan un tratamiento FIV. Estos datos coinciden con las investigaciones consultadas, como las de Purewal et al. (2018), Awtani et al. (2019) y Gabnai-Nagy et al. (2020) quienes aconsejaron brindar apoyo psicológico a las mujeres que realizan un tratamiento de Fertilización in Vitro, dado que al reducir los niveles de ansiedad antes de la extracción de ovocitos aumentaron las posibilidades de embarazo.

7. CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente trabajo indican que vivir la experiencia de realizar un tratamiento de Fertilización in Vitro eleva los niveles de ansiedad en las mujeres, mientras que el momento más crítico es la fase de la espera de resultados, tiempo en el que ya

finalizaron las inyecciones, los controles y las visitas al centro médico y solo resta aguardar durante 14 días para conocer el desenlace del camino transitado.

Otra de las cuestiones que guió este trabajo y que pudo determinarse es que la edad es un factor que incide elevando los montos de ansiedad, esto no solo podría verse influido por la cercanía a la edad límite que indica la Ley N° 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida, sino también porque se reducen las posibilidades de éxito a medida que la edad de la mujer avanza.

Si bien no se ha podido determinar que no contar con un diagnóstico certero sobre las causas de la infertilidad eleva los niveles de ansiedad, dichos montos se han presentado elevados al igual que las causas femeninas, lo que podría estar relacionado con la incertidumbre y falta de control para lograr los resultados esperados que Barlow (2002) citado en (Clark y Beck, 2012) mencionó como característico de la ansiedad. Por otro lado, se ha podido demostrar la hipótesis de que recibir acompañamiento psicológico ayuda a mitigar o disminuir los síntomas ansiosos. Dado que los tratamientos de reproducción asistida aumentan a nivel mundial es importante incluir en los programas de grado las competencias profesionales necesarias para formar psicólogos que comprendan esta temática, sin descuidar la subjetividad y el deseo en cada caso. Contemplar en los Programas Médicos Obligatorios el aspecto relacionado con la salud mental es trabajar de un modo multidisciplinario abordando una perspectiva biopsicosocial de la persona que realiza un tratamiento de reproducción asistida.

8. APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo se propuso el objetivo de poder identificar si las mujeres que transitan un tratamiento de Fertilización in Vitro experimentan ansiedad y en qué fase del mismo se

presentan los mayores niveles. Esta cuestión ha sido investigada en el pasado en países europeos y norteamericanos, pioneros en las técnicas de reproducción humana asistida, mientras que, a raíz del avance tecnológico en países subdesarrollados, y el fin del control sobre la natalidad en China a partir del 2015, ampliaron el interés sobre la ansiedad que implica someterse a este tipo de intervenciones. En Argentina, no fue hasta el año 2013, en que se sancionó la Ley N° 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida, que se comenzó a investigar sobre esta temática, sin embargo, es escaso el abordaje sobre la ansiedad que se experimenta durante el tratamiento o en sus etapas. Es necesario ampliar y correlacionar en investigaciones futuras las variables que aquí fueron presentadas con el fin de fortalecer los PMO incluyendo los tratamientos psicológicos que permitan brindar contención y transitar los tratamientos afectando lo menos posible la calidad de vida y emocional de las personas.

9. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La cantidad de la muestra no permitió determinar resultados significativos que puedan ajustarse a la generalidad de la población. Por otro lado, no se diferenció en el grupo de muestra entre aquellas mujeres que realizaron el tratamiento de Fertilización in Vitro con gametos propios o donados, ni entre madres solteras por elección o lesbianas, siendo cuestiones que podrían implicar diferencias en las respuestas.

Otro tema a considerar gira en torno a la utilización de un formulario de autoadministración para la obtención de los datos, dado que contar con entrevistas cortas para completar información, ampliando a un abordaje de tipo mixto, podría resultar de mayor utilidad.

10. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Quedará abierta la posibilidad de ampliar el estudio en cuanto a la muestra, incluyendo un grupo control, para abordar la influencia de la ansiedad en el éxito del tratamiento, así como también de transitarlo con acompañamiento psicoterapéutico especializado, dada la poca investigación a nivel nacional sobre esta temática.

11. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Contar con especializaciones para psicoterapeutas que capaciten al profesional en relación al tratamiento de modo que se pueda responder a las consultas generando la tranquilidad que da el conocimiento y desestimando expectativas irracionales. Poder desarrollar intervenciones que puedan combinar técnicas cognitivas conductuales para el trabajo con la ansiedad, sin descuidar la individualidad de cada caso, fomentando el trabajo terapéutico empático y compasivo.

Por ello, se propone el diseño de un curso para psicólogos y estudiantes avanzados de la carrera de psicología, que brinde abordajes sobre la temática en torno a la infertilidad y las técnicas de fertilización humana asistida. El mismo podrá tener una duración de un mes (4 viernes) con encuentros semanales presenciales de dos horas cada uno. En cuanto a los participantes, se podrá contar con un máximo de 20 profesionales de la psicología que deseen adentrarse en el tema. La coordinación estará a cargo de dos psicólogos especializados en la cuestión y que cuenten con una experiencia mínima de dos años acompañando a mujeres, hombres y parejas que hayan atravesado un diagnóstico de infertilidad y un tratamiento de fertilización asistida. Se invitará a participar en diferentes clases a médicos especialistas, genetistas, investigadores, abogados y otros psicólogos que cuenten con la experiencia.

Dicho curso se diseñó para dictarse en universidades, aunque podrá adaptarse en un solo encuentro de seis horas para obras sociales y prepagas.

En el primer encuentro se propone realizar la presentación del programa, de los profesionales a cargo, así como sus currículos y trayectorias. Posteriormente los miembros participantes se podrán presentar y compartir su experiencia e interés sobre el tema. Se dará comienzo a la clase teórica introduciendo la biología femenina y masculina, las causas posibles de infertilidad y la descripción detallada de cada una de las técnicas de fertilización, así como también sus procedimientos, riesgos e implicancias. Desde una perspectiva psicológica, se abordarán las consecuencias emocionales de la infertilidad y de la administración farmacológica en cada tipo de tratamiento. Tiempo libre para preguntas y reflexiones.

En el segundo encuentro se abordarán temáticas sobre las normativas, los alcances de la Ley de Reproducción Médicamente Asistida N° 26862, cuestiones éticas entorno al tema y se hará mención a algunos casos judicializados. También se abordarán temas en relación a la donación de gametos y subrogación de vientre. El primer módulo tendrá un abordaje ético y legal, mientras que el segundo módulo abordará las mismas temáticas desde una perspectiva psicológica. Tiempo libre para preguntas y reflexiones.

El tercer encuentro se dedicará a la perspectiva de género. Se abordarán temas que diferencien entre el modo de transitar un tratamiento de fertilización y cada técnica apropiada según el caso entre madres solteras por elección, padres gestantes, mujeres lesbianas, padres solteros por elección y padres homosexuales. Desde una perspectiva psicológica se hará énfasis en el recorrido que cada tipo de individuo y/o pareja ha transitado entorno a la decisión de ser padre, las limitaciones, miedos, expectativas y prejuicios en cada caso.

Manejo sobre los miedos entorno a informar al niño sobre la identidad genética y la gestación. Tiempo libre para preguntas y reflexiones.

En el cuarto encuentro se hará mención al rol del psicólogo entorno a las técnicas de reproducción asistida. Se hará mención a la importancia de realizar una evaluación psicológica a la paciente y/o su pareja que pueda ayudar a determinar riesgos de padecer algún trastorno psicológico durante el tratamiento. Se hará mención a investigaciones sobre el impacto emocional de recibir un diagnóstico de infertilidad y sobre la presencia de la ansiedad y depresión durante los tratamientos de fertilización. Se recomendarán algunas técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad como las respiraciones profundas y meditación. Por otro lado, se hará mención a la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) de Paul Gilbert como herramienta de trabajo terapéutico y psicoeducativa para fomentar en el paciente la autocompasión. Por último, se hará mención al Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI) creado desde la concepción biopsicosocial de la persona sometida a técnicas de reproducción humana asistida y que ha demostrado ser útil para el trabajo terapéutico con este tipo de población. Tiempo libre para preguntas y reflexiones.

12. REFERENCIAS

- Albarracín Zúñiga, G. M. (2019). *Influencia de la ansiedad en los resultados de pacientes con tratamiento de alta complejidad en el centro especializado de fertilidad y ginecología – Arequipa, Junio 2017 a Marzo de 2018*. [Tesis de Maestría, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/8638>
- Antequera Jurado, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro Río, C. y Ávila Espada, A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 167-175.
- Ariza, L. (2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, (18), 41-73. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.18.05.a>
- Ariza, L. (2017). Factores que inciden en la provisión de tratamientos de reproducción asistida en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 8(33), 28-34.
- Awtani, M., Kaur Kapoor, G., Kaur, P., Saha, J., Crasta, D. & Banker, M. (2019). Anxiety and Stress at Different Stages of Treatment in Women Undergoing In vitro Fertilization–Intracytoplasmic Sperm Injection. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 12(1), 47-53. https://doi.org/10.4103/jhrs.jhrs_23_18
- Chen, T. H., Chang, S. P. & Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 19(10), 2313-2318. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh414>

- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. Desclée de Brouwer.
- Daniele, S. (2017). *La inclusión de la cobertura de fertilización asistida de alta complejidad en las obras sociales tanto a nivel nacional como provincial: nuevos interrogantes* [Tesis de Grado, Universidad Siglo 21]. Repositorio Universidad Siglo 21.
<https://repositorio.21.edu.ar/handle/ues21/14637>
- Díaz Kuaik, I. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicología UST*, 16(1), 42-50. <http://dx.doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Dieta, T. y Wagner Rojas, A. (2020). Niños y Niñas nacidos/as por técnicas de reproducción humana asistida: La función del cuento en la transmisión de sus orígenes. En E. Ormart, A. Wagner Rojas. *Abordajes psicológicos en reproducción medicamente asistida* (pp. 147-159). Nueva Editorial Universitaria
- Francos Pérez, A., Villaquirán Villalba, A. M., Barranquero Gómez, M., Rogel Cayetano, S. y Salvador, Z. (2023). Las técnicas de reproducción asistida: diferencias y complejidad. *Reproducción Asistida ORG*. <https://www.reproduccionasistida.org/las-tecnicas-de-reproduccion-asistida/>
- Gabnai-Nagy, E., Bugán, A., Bodnár, B., Papp, G. & Nagy, B. E. (2020). Association between Emotional State Changes in Infertile Couples and Outcome of Fertility Treatment. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 80(2), 200-210. <https://doi.org/10.1055/a-0854-5987>
- Gdańska, P., Drozdowicz-Jastrzębska, E., Grzechocińska, B., Radziwoń-Zaleska, M., Węgrzyn, P. & Wielgoś, M. (2017). Anxiety and depression in women undergoing

infertility treatment. *Ginekologia Polska*, 88(2), 109-112.

<https://doi.org/10.5603/gp.a2017.0019>

Heredia Carrasco, A. (2019). *Aspectos psicológicos relacionados con la reproducción asistida: de la fecundación in vitro hasta la donación de gametos*. [Tesis Doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio de la Universidad de Granada.

<http://hdl.handle.net/10481/59848>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (4ta ed.). Mc Graw Hill.

Izzedin-Bouquet de Durán, R. (2011). Psicología de la Reproducción: de la infertilidad a la reproducción asistida. *Revista Científica Ciencia Médica* 14(2), 31-34

Ley N° 26.862. *Ley Nacional de Fertilización Humana Asistida*. (2015). InfoLEG.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/217628/norma.htm>

Lequerica Fernández, P. (2013). *Repercusiones psicológicas de las técnicas de reproducción asistida* [Tesis de Maestría, Universidad de Oviedo]. Repositorio Institucional de la Universidad de Oviedo. <http://hdl.handle.net/10651/17701>

Liu, Y. F., Fu, Z., Chen, Z. W., He, X. P. & Fan, L. Y. (2021). The Analysis of Anxiety and Depression in Different Stages of in vitro Fertilization-Embryo Transfer in Couples in China. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 25(17), 649-657.

<https://doi.org/10.2147/ndt.s287198>

Llavona Uribelarrea, L. M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 158-166.

Moreno-Rosset, C. Antequera Jurado, R., Ávila Espada, A., Jenaro Río, C., De Castro Pita, F. y Gómez Sánchez, Y. (2010). Intervención psicológica en infertilidad: protocolos para las unidades de reproducción y en la consulta clínica. *FOCAD*, 11.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *La OMS alerta de que unas de cada seis personas padecen esterilidad*. <https://www.who.int/es/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Trastornos de Ansiedad*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Paraíso, B., Mata, J. C., Roig Navarro, J., Ballesteros Moffa, M. E., Gil Gimeno, M. J., Dolz Arroyo, M., Salgado, S., Azaña Gutiérrez, S. y Salvador, Z. (2021). La reproducción asistida: tipos, precio y seguridad social. *Reproducción Asistida ORG*.
<https://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/>

Pereira Calvo, J., Pereira Rodriguez, Y. y Quirós Figueroa, L. (2020). Infertilidad y factores que favorecen su aparición. *Revista médica sinergia*, 5(5), e485.
<https://doi.org/10.31434/rms.v5i5.485>

Pereira Orozco, S. A. (2020). *Infertilidad y tratamientos de Fertilización In Vitro: Experiencia, características, etapas y contexto*. [Tesis de Grado, Universidad del Valle de Guatemala]. Repositorio Institucional Universidad del Valle de Guatemala.
<https://repositorio.uvg.edu.gt/handle/123456789/3893>

Purewal, S., Chapman, S. C. E. & Van Den Akker, O. B. A. (2018). Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: a meta-analysis. *Reproductive Biomedicine Online*, 36(6), 646-657.
<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.03.010>

- Sanmartín Cuevas, V. (2023). *Desajuste emocional y calidad de vida en infertilidad: fecundación in vitro estándar (FIV) vs. Maduración in vitro de ovocitos (MIV)* [Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco]. Repositorio Institucional de la Universidad del País Vasco. <http://hdl.handle.net/10810/61508>
- Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva. (2023). *Registro de fertilización asistida. Resultados 2018, 2019, 2020 y 2021*. V Reunión Científica Ordinaria Anual 2023. https://www.samer.org.ar/pdf/Presentacion_RAFA_2021.pdf
- Soto Balbuena, C., García Lumbreras, S. y Rodríguez Muñoz, M. de la F. (2019). Estrés y Problemas emocionales asociados a infertilidad y técnicas de reproducción asistida. *Psicología Perinatal. Teoría y Práctica* (pp. 125-152). Pirámide.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2011). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. (8va ed.). TEA Ediciones.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2011). *State-Trait Anxiety Inventory/Self Evaluation Questionnaire*.
- Tafet, G. E. (2019). Estrés, miedo y ansiedad. En *Ansiedad y depresión. Los trastornos más comunes derivados del estrés crónico* (pp. 54-65). Salvat.
- Turner, K., Reynolds-May, M. F., Zitek, E. M., Tisdale, R. L., Carlisle, A. B. & Westphal, L. M. (2013). Stress and Anxiety Scores in First and Repeat IVF Cycles: A Pilot Study. *PLoS ONE*, 8(5), e63743. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063743>
- Yong, P., Martin, C., & Thong, J. (2000). A Comparison of Psychological Functioning in Women at Different Stages of In Vitro Fertilization Treatment Using the Mean Affect Adjective Check List. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17(10), 553-556. <https://doi.org/10.1023/a:1026429712794>

Zúñiga Barrera, K. I., Cámara Vázquez, K. G. y Nolasco Caba, N. (2021). Fecundación in Vitro. *Káanbal*, 2(11), 3-8.


13. ANEXO

Ansiedad en mujeres que transitan un tratamiento de Fertilización in Vitro

El presente cuestionario es parte de una investigación que persigue como finalidad realizar una Tesis Final de Grado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Flores. El objetivo es indagar sobre los niveles de ansiedad en las mujeres que transitan un tratamiento FIV. La participación es anónima y es de carácter voluntario.

andycaceres12@gmail.com [Cambiar cuenta](#)



 No compartido

* Indica que la pregunta es obligatoria

Consentimiento informado

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología de UFLO Universidad, desean conocer acerca de la ansiedad experimentada por las mujeres que atraviesan un tratamiento de fertilización in vitro. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre la ansiedad en las mujeres que transitan un tratamiento de fertilización asistida. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

Mi participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología de la Universidad de Flores y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la Ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Obligatoria *

Acepto participar

Lugar de residencia *

- CABA
- Provincia de Buenos Aires
- Otras Provincias de la República Argentina
- Otros países

Edad *

Tu respuesta _____

Nivel máximo de estudios completados *

- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario

¿En qué etapa del tratamiento FIV estás ahora? *

- T1 (estimulación ovárica)
- T2 (transferencia de embriónes)
- T3 (esperando los resultados del análisis de sangre de embarazo, Beta espera)

¿En qué tipo de institución realizás el tratamiento? *

- Hospital público
- Clínica derivada por la Obra Social / Prepaga
- Clínica privada (particular)
- Otros: _____

Tipo de infertilidad *

- Primaria (nunca ha logrado un embarazo)
- Secundaria (ha logrado un embarazo anteriormente)

Causa de la infertilidad *

- Femenina
- Masculina
- Mixta (ambos miembros de la pareja)
- Idiopática (sin causas médicas aparentes. Se desconocen las causas)

¿Es su primer tratamiento de Fertilización in Vitro? *

- Sí
- No

¿Realizaste tratamiento psicológico luego de conocer el diagnóstico de infertilidad? *

- Sí
- No

Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿me podrías contar si acudiste por tu voluntad o fuiste derivada, y si te atendiste en el mismo centro donde realizás el tratamiento FIV? *

Tu respuesta

Inventario de Ansiedad Estado (IDARE)

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lee cada frase y señalá la puntuación que indique mejor como te sentís **ahora mismo, en este momento**. No hay respuestas buenas no malas. No emplees mucho tiempo en cada frase y contestá señalando la respuesta que mejor describa tu situación presente.

Me siento calmada *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento segura *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Estoy tensa *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Estoy contrariada *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Estoy a gusto *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento alterada *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento descansada *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento ansiosa *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento cómoda (comfortable) *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento con confianza en mí misma *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento nerviosa *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento agitada *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento "a punto de explotar" *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento relajada *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento satisfecha *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Estoy preocupada *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento sobreexcitada y aturdida *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Me siento alegre *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

En este momento me siento bien *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

Muchas gracias por tú participación