



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 25 No. 2

Junio de 2022

IMPACTO PSICO-SOCIAL EN MUJERES MEXICANAS QUE VIVEN CON INFERTILIDAD

Sara Minory Méndez González¹, Georgina Eugenia Bazán Riverón², Maricela Osorio Guzmán³ y Laura Evelia Torres Velázquez⁴

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad nacional Autónoma de México

RESUMEN

La infertilidad es una condición de salud pública en México, donde el diagnóstico junto con la desigualdad de género que experimentan las mujeres puede generar alteraciones psicosociales; lo que motiva a evaluar el impacto de padecer infertilidad, así como su relación con los estilos de afrontamiento en mujeres mexicanas. Se realizó una investigación ex-post-facto con alcance descriptivo y correlacional. Participaron 40 mujeres mexicanas (Intervalo de edad: 41-94 años; $M=58.02$; $DT=9.87$) con diagnóstico de infertilidad, de clínicas públicas que fueron canalizadas por trabajo social al área de psicología para invitarles a participar en un grupo focal con el objetivo de evaluar el impacto psicológico y social de padecer infertilidad, así como su relación con los estilos de afrontamiento en mujeres mexicanas. Las pacientes tuvieron síntomas moderados de ansiedad y síntomas leves de depresión. Se obtuvieron correlaciones significativas entre la edad de las participantes con la depresión ($r=.47$; $p\leq 0.01$) y con la ansiedad ($r=.37$; $p\leq 0.05$). Las estrategias de afrontamiento mayormente empleadas fueron la autofocalización negativa, la evitación y la búsqueda de apoyo social, en donde, esta última se relacionó con la ocupación. En conclusión, hay un impacto psicosocial en las mujeres, pues la mayoría presentan depresión leve y ansiedad moderada. Además, sus estrategias de afrontamiento se basan en

¹ Facultad de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala U.N.A.M. Correo Electrónico: psic.saramndez@gmail.com

² Profesora Titular. Adscrita a la División de Investigación y Posgrado. Facultad de Estudios Superiores Iztacala U.N.A.M. Correo Electrónico: gebrmx@yahoo.com.mx

³ Facultad de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala U.N.A.M. Correo Electrónico: mar1814@yahoo.com

⁴ Profesora Titular. Adscrita a la División de Investigación y Posgrado. Facultad de Estudios Superiores Iztacala U.N.A.M. Correo Electrónico: lauratv@unam.mx

la autofocalización negativa o evitación, debido a la vulnerabilidad que genera la estigmatización social por la condición de infertilidad. Se discute la necesidad de protocolos de atención preventivos para sobre llevar el diagnóstico y evitar problemas psicosociales que pueden durar décadas.

Palabras clave: *infertilidad, depresión, ansiedad, afrontamiento al estrés, enfoque de género.*

PSYCHO-SOCIAL IMPACT ON MEXICAN WOMEN LIVING WITH INFERTILITY

ABSTRACT

Infertility is a public health condition in Mexico. In which the diagnosis and the gender inequality experienced by women can generate psychosocial alterations; This fact motivates to evaluate the impact of suffering infertility, as well as its relationship with coping styles in Mexican women. An ex-post-facto investigation was carried out with a descriptive and correlational scope. Forty Mexican women participated (Age range: 41-94 years; $M=58.02$; $SD=9.87$) with a diagnosis of infertility, from public clinics who were channeled by social work to the psychology area to invite them to participate in a focus group with the objective of evaluating the psychological and social impact of suffering from infertility, as well as its relationship with coping styles in Mexican women. The patients had moderate symptoms of anxiety and mild symptoms of depression. Significant correlations were obtained between the age of the participants with depression ($r=.47$; $p\leq 0.01$) and with anxiety ($r=.37$; $p\leq 0.05$). The most used coping strategies were negative self-focus, avoidance, and the search for social support, where the latter was related to the occupation. In conclusion, there is a psychosocial impact on women, since most have mild depression and moderate anxiety. In addition, their coping strategies are based on negative self-focus or avoidance, due to the vulnerability generated by social stigmatization due to the infertility condition. The need for preventive care protocols to overcome the diagnosis and avoid psychosocial problems that can last decades is discussed.

Keywords: *infertility, depression, anxiety, coping with stress, gender approach.*

La reproducción es un tema donde influyen concepciones y decisiones de cada individuo; algunas veces se concibe como el producto del afecto y/o de las relaciones sexuales entre la pareja (Ayala y Hernández, 2006; Escobar, 2007). Sin embargo, durante la reproducción también se pueden presentar dificultades en las mujeres para lograr este proceso de fertilización debido a algún tipo de problema reproductivo (Vantman y Vega, 2010).

Existen dos tipos de problemas de reproducción: esterilidad e infertilidad. Cuando una pareja, después de un año de relaciones sexuales sin ningún método

anticonceptivo consigue una gestación, pero no llega al término del embarazo se denomina infertilidad; mientras que cuando una pareja no ha conseguido nunca un embarazo, se considera esterilidad (Moreno, 2009). De acuerdo con los términos, este estudio se centrará en el concepto de infertilidad.

La *World Health Organization* (WHO, 2020) y la *American Society for Reproductive Medicine* (2020) mencionan que la infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo masculino o femenino, el cual es incapaz de lograr un embarazo después de 12 meses o más de tener relaciones sexuales no protegidas. Y puede ser primaria o secundaria dependiendo de un antecedente: hubo o no embarazos previos (Urgellés, Reyes, Figueroa y Palazón, 2012).

De acuerdo con la *Sociedad Española de Fertilidad* (2011), algunas alteraciones que limitan la capacidad reproductiva de forma absoluta son: ausencia de espermatozoides, alteraciones de su calidad, afectación tubárica sin obstrucción bilateral, trastornos de la ovulación, endometriosis, entre otras. Según el estudio de Pérez, Ramírez, Miranda, Pichardo y Contreras (2013), llevado a cabo en la Clínica de Infertilidad del Hospital de la Mujer de la Ciudad de México para conocer las causas de infertilidad por género, se hallaron patologías en las mujeres como: defecto en el tubo peritoneal, anovulación, obesidad, miomatosis uterina, endometriosis, síndrome de ovario poliquístico, hipotiroidismo, malformaciones müllerianas, diabetes mellitus tipo 2, virus de papiloma humano, hiperprolactinemia, entre otros; y en los hombres alteraciones seminales correspondientes a azoospermia, oligospermia y astenospermia.

Otros factores, no menos importantes, que afectan las tasas de embarazo es la edad de las mujeres ya que, a partir de los 40 años la calidad de los ovocitos no es óptima; así como sus antecedentes mórbidos. Además de que, actualmente están postergando la decisión de tener hijos por aspectos personales, educativos y/o laborales (Brugo-Olmedo, Chillik y Kopelman, 2003). Sin embargo, también se ha observado en diferentes estudios que cuando las mujeres tienen diagnóstico de infertilidad, la edad es significativa porque conforme van siendo mayores, la sintomatología de depresión y de ansiedad aumentan (Biringer et al., 2015; Verma et al., 2015). Igualmente, se consideran otros aspectos como: las uniones

conyugales más tardías, el aumento de las enfermedades de transmisión sexual y los abortos (Carvajal y Barriga, 2019; Gómez, 2011).

El informe final de la *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015* (Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México, 2016) describe que el 12.9% de mujeres mexicanas se clasificaron como infértils. La *Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción* (AMMR, 2018) señala que en México existen entre 4 y 5 millones de parejas que tienen problemas de fertilidad, lo que ha generado un incremento de personas que se someten a tratamientos de reproducción asistida.

De acuerdo con los datos del *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS, 2017) cada año, aproximadamente, 12 mil parejas reciben tratamiento contra la infertilidad en la Unidad de Biología de la Reproducción del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 de “La Raza”. Dentro de las técnicas más utilizadas se tiene: la inseminación artificial y fecundación in vitro. Teniendo otras variaciones como la transferencia intratubárica de gametos, cigotos y embriones; la criopreservación de ovocitos y embriones; y la donación de ovocitos y de embriones (*American Society for Reproductive Medicine*, 2012; de Castro Pita y Moreno, 2009; Garzo, 2007; Rosas, 2008; Zegers et al., 2010). Las mujeres al someterse a estos tratamientos corren riesgos derivados de los procesos provocando hiperestimulación ovárica, aspiración folicular, que puede agravar la infertilidad u occasionar la necesidad de extirpar el útero y ovarios (de Castro Pita y Moreno, 2009; Donoso y Sanhueza, 2010; Sociedad Española de Fertilidad, 2011). Lo cual puede generar efectos secundarios a nivel psicológico y social, pues al ser un problema de salud tiene un impacto en la salud mental, ámbito personal y familiar (Fernández, Valle, Fernández y Ramírez, 2013).

Una de las disciplinas encargadas de estudiar qué sucede con dichos efectos secundarios es la Psicología de la Salud, la cual se encarga de explicar cómo variables psicológicas, sociales y culturales junto con los factores biológicos mediatizan los problemas de salud, ya sea como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso salud-enfermedad y durante el tratamiento (Díaz, 2010; Hernández y Grau, 2005; Oblitas, 2008). La función del psicólogo en este sentido es asesorar la elaboración de la evaluación y el tratamiento de un caso

clínico, vinculándose con otros profesionales de la salud de áreas como: cardiología, gastroenterología, ginecología y obstetricia, entre otras. Lo que ha generado que el psicólogo forme parte del equipo de la salud (Bazán, 1997; Bazán, 2003).

Siendo así el área de ginecología un espacio más en el cual puede contribuir el psicólogo de la salud y donde surge una disciplina nueva: la Psicología de la Reproducción. Su estudio se enfoca en cualquier fase evolutiva de la mujer, pero principalmente en los problemas reproductivos: la infertilidad y la esterilidad, (Moreno, 2009; Moreno, Antequera, Jenaro y Gómez, 2009). Teniendo como objetivo prevenir y/o tratar los trastornos psicológicos relacionados con el ciclo reproductivo que se dan desde la pubertad hasta la vejez, en los cuales pueden aparecer alteraciones psicológicas (Bonilla, 1991; Moreno, 2008; Moreno, 2009).

Ante el diagnóstico de infertilidad pueden surgir alteraciones en el estado emocional de la pareja, aun cuando en este estudio se pondrá mayor atención a la mujer, debido a que un aspecto a considerar y que influye sobre la vivencia de la infertilidad es el género. El enfoque de género, según Ortega, Torres y Salguero (1999) "permite analizar y cuestionar ciertas prácticas, discursos y representaciones sociales que discriminan, oprimen y vulneran a las personas en función de la simbolización cultural de la diferencia sexual" (p. 44), tomando en cuenta sus expectativas y oportunidades, las relaciones complejas y diversas que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos que enfrentan (Lagarde, 1996). Dada esta definición, surge la necesidad de abordar los problemas de salud, en este caso de la infertilidad, desde un enfoque de género para visibilizar las múltiples formas en que la(s) construcción(es) de género ocasionan inequidad que afectan la salud; además de analizar las normas culturales que normalizan dichas diferencias, haciéndolas parecer inmodificables (Díaz y García, 2011).

De modo que las alteraciones que presentan las mujeres con infertilidad se ven reflejadas en el ámbito social, sexual y psicológico. En este último aspecto se ha observado que el diagnóstico afecta a nivel pareja, pero comúnmente suele ser la mujer quien experimenta la mayor carga de estrés, depresión, ansiedad, angustia y sentimientos de pérdida (Moscuzza, 2016). Socialmente se destaca el rol de la mujer como madre, donde las mujeres con infertilidad sienten presión social ante

esta amenaza (infertilidad) por no cumplir con la norma social y rol femenino estereotipado, generando estigma y sentimientos de inferioridad. Siendo este otro factor el que contribuiría a que las mujeres presenten síntomas crónicos de ansiedad, depresión y/o estrés, además de alteraciones en la percepción del control sobre los acontecimientos, misma que puede generar una sensación de falta de integridad, incompetencia y autovaloración negativa (Álvarez, Hernández y Rodríguez, 2019; Díaz y García, 2011; Llaguno, 2015; Moscuzza, 2016).

Por el contrario, algunos factores protectores para reducir la presencia de alteraciones psicológicas, como depresión y ansiedad, se relacionan con el nivel educativo, con la situación laboral, con los ingresos anuales del hogar y con el apoyo de su pareja y/o familiares (Sánchez, Mejía y González, 2018; Verma et al., 2015; Woods, 2017). Los cuales, a su vez influyen positivamente sobre la calidad de vida en el área psicológica y de la salud física (Woods, 2017).

De este modo la infertilidad puede representar una amenaza al equilibrio físico o psicológico, de las mujeres y las emociones, cogniciones y conductas, tienen un papel adaptativo muy importante ya que, actúan en conjunto para re establecer el equilibrio. Esta función adaptativa dependerá de la evaluación que haga cada persona sobre el estímulo que pone en peligro su equilibrio y de la respuesta que genere para afrontarlo (Cortines, 2015).

Las personas tienen diferentes formas de enfrentar las demandas del exterior para minimizar los efectos del estrés que pueda llegar a generar un acontecimiento (Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés y Fernández, 2003: como se citó en Osorio et al., 2020). El afrontamiento es la acción de “hacer frente a”, ya sea a una persona, situación o responsabilidad (Osorio, Prado, Bazán y Huitrón, 2020).

Por ello, uno de los modelos más importantes para explicar el afrontamiento al estrés es el desarrollado por Lazarus y Folkman en 1984, definido como “los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para la resolución de demandas internas y/o externas específicas que son valoradas como impositivas o excesivas para los recursos de la persona” (Lazarus, 2000, p. 122). Es decir, el proceso se produce tras la evaluación de una situación y después de comprobar que esta demanda excede o desborda los propios recursos del individuo (Robles y

Peralta, 2010). Los estilos de afrontamiento son recursos generales que llevan a la persona a pensar y actuar de manera, un tanto estable ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995: como se citó en Castaño y del Barco, 2010). Existen dos tipos de afrontamiento (Lazarus, 2000; Robles y Peralta, 2010):

- 1) Dirigido a la emoción: implica procesos cognitivos encargados de disminuir o regular el grado emocional. Usa estrategias para que la situación estresante no produzca daño psicológico y genere trastornos, modificando la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente.
- 2) Dirigido al problema: tiene como propósito que la persona emplee estrategias para hacer frente al problema, es decir, modificar la relación persona-medio, modificando el ambiente o en sí mismo haciendo cambios emocionales o cognitivos para disminuir el estrés.

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento son procesos precisos que utiliza la persona dependiendo el contexto y pueden ser altamente cambiantes según sean las situaciones desencadenantes (Castaño y del Barco, 2010). En este estudio se tomaron las 7 estrategias básicas de afrontamiento propuestas en un análisis realizado por Sandín y Chorot (2003), las cuales se clasifican en dos tipos de afrontamiento:

1. Estrategias dirigidas al problema: focalización en la solución del problema (acciones concretas para soluciones), reevaluación positiva (percepción de aspectos positivos) y búsqueda del apoyo social.
2. Estrategias dirigidas a la emoción: autofocalización negativa (indefensión, culpa e incapacidad de resolver la situación, resignarse), expresión emocional abierta (comportamiento hostil), evitación (concentrarse en el trabajo u otra actividad para olvidar el problema) y religión (asistir a la iglesia, rezar, refugio en un Dios).

El estilo de afrontamiento da pauta al individuo para mantener su equilibrio emocional, preservar su autoconcepto, mantener sus relaciones sociales y tomar

decisiones para futuras situaciones complicadas (Cardona, Villamil, Henao y Quintero, 2011). Por otra parte, Meinchensbaum y Jaremko (1987: como se citó en Osorio et al., 2020) mencionan que cuando no se tienen estrategias de afrontamiento eficaces puede presentarse con más probabilidad la pérdida de control ante el estrés, aunque ésta se puede presentar debido a que la fuerza del estímulo es muy grande y prolongado a través del tiempo.

Factores como la edad, metas personales y profesionales, la desigualdad de género ante la condición de infertilidad, colocan a las mujeres en un alto grado de vulnerabilidad, aumentando las presiones sociales y familiares que no se dan de la misma forma sobre los hombres, situación que repercute a nivel psicológico y, por tanto, en el ámbito personal.

De este modo es fundamental indagar el impacto psicológico y las estrategias de afrontamiento que las pacientes emplean ante la presencia de esta condición, ya que podría generar alteraciones psicológicas o distanciamiento con el entorno (Bello y Batista, 2019; Almandóz, 2019). En este sentido, es importante considerar los factores psicológicos como la depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento (Rojas, Medina y Torres, 2011); así como los componentes sociales y ambientales de la mujer y/o pareja con infertilidad, sin dejar de lado el enfoque de género (Ávila y Moreno, 2008; De Dios-Vallejo, 2014; Díaz y García, 2011; Flores, Jenaro y Moreno, 2008; y García et al., 2019; Sánchez, 2016). Por lo que el propósito de este estudio fue evaluar el impacto psicológico y social de padecer infertilidad, así como su relación con los estilos de afrontamiento en mujeres mexicanas.

Método

Participantes

Mujeres con diagnóstico de infertilidad canalizadas al servicio de psicología por medio de trabajo social de varias Unidades de Medicina Familiar públicas del Estado de México. Fueron seleccionadas de manera intencional secuencial al informar que tenían problemas emocionales a partir de la vivencia del diagnóstico de infertilidad en algún periodo de su vida. La edad de las pacientes osciló entre los 41 y los 94 años ($M=58.02$ años; $D.T.= 9.87$ años). Fueron 35 pacientes (87.5%) con

diagnóstico médico y 5 pacientes (12.5%) subdiagnosticadas, ya sea porque decidieron abandonar el proceso diagnóstico, o porque no pudieron realizar todas las pruebas diagnósticas. Se invitó a participar a las parejas, pero todos los varones se rehusaron a asistir, argumentando que las “enfermas” eran ellas.

Consideraciones éticas: Esta investigación se basó en las normas éticas universales en investigación psicológica según la declaración de Helsinki (Declaración de Helsinki en el Convenio del Consejo de Europa, 1964). El protocolo fue aprobado por la comisión mixta del IMSS y el Proyecto de Enfermedades Crónicas.

Diseño de la investigación

Se realizó una investigación ex-post-facto con alcance descriptivo y correlacional, bajo un diseño transversal (Cancela, Cea, Galindo y Valilla, 2010; Hernández, Fernández y Baptista, 2014; Mateo, 2009).

Instrumentos

Cédula de datos Sociodemográficos y datos clínicos: se elaboró *ad hoc* una cédula que consideró: género, estado civil, clase social, fecha de nacimiento, edad, índice de clase social Hollingshead (1975) basado en dos indicadores (ocupación y grado académico). Se revisaron los expedientes clínicos para recoger las variables diagnóstico de infertilidad, comorbilidades y psicopatologías que se obtuvieron en la consulta de expedientes, de igual manera se registró si habían asistido o no a algún grupo de autoayuda en su clínica.

Inventario de Depresión de Beck-II, validado en población mexicana por Jurado et al. (1998), evalúa la severidad de la sintomatología depresiva en adultos por medio de 21 ítems en escala Likert (0 a 3 puntos) con un alfa de Cronbach de .87. La puntuación total puede variar de 0 a 63 para obtener el grado de depresión (mínimo, leve, moderado y severo). Un puntaje mayor muestra mayor severidad en la sintomatología.

Inventario de Ansiedad de Beck estandarizado en población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) que evalúa la severidad de los síntomas de la ansiedad en adultos, cuenta con una alta consistencia interna y un alfa de Cronbach de .83. Está conformado por 21 ítems de tipo Likert que va de 0 a 3 y la puntuación

total puede variar de 0 a 63 para obtener el grado de ansiedad (leve, moderada o severa). Un puntaje mayor muestra mayor severidad en la sintomatología.

Cuestionario del Afrontamiento del Estrés (Sandín y Chorot, 2003) evalúa siete estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, y religión. Cuenta con 42 ítems de una escala tipo Likert que va de 0 a 4. A mayor puntaje en cada una de las dimensiones determinará la(s) estrategia(s) de afrontamiento que mayormente se emplea(n). Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las subescalas varían entre .64 y .92 ($M=.79$). Mientras que sus dos subescalas generales: estilos de afrontamiento racional y focalizado en la emoción, tiene un coeficiente alfa de .91 y .79, respectivamente.

Procedimiento

Las pacientes fueron canalizadas al servicio de psicología y se les invitó a participar en la investigación, a ellas y a sus parejas. Se les informó el objetivo, explicándoles que se les aplicaría una batería de pruebas y se les invitaría a participar en un grupo de autoayuda donde se tratarían diferentes temas acerca de su experiencia con la infertilidad. Una vez que ellas aceptaron firmaron el consentimiento informado. Posteriormente se realizó la evaluación aplicando las escalas mencionadas y al término se les dieron instrucciones respecto al espacio y horario en que se llevaría a cabo el grupo de autoayuda. Previo al grupo, se llevó a cabo una revisión de los expedientes de cada una de las pacientes que confirmó su asistencia al grupo.

Análisis de los resultados

Se analizaron los resultados mediante estadística descriptiva. El estudio correlacional entre aspectos sociodemográficos y el tipo de afrontamiento, depresión y ansiedad, se llevó a cabo mediante la prueba r de Pearson (para variables escalares), el coeficiente Eta (para nominales con escalares) y la prueba no paramétrica Chi² (para variables nominales). Para análisis de los datos se utilizó el programa SPSS V.25

Resultados

Mediante la aplicación de la cédula de datos sociodemográficos se obtuvieron los siguientes datos. De acuerdo con el Índice Hollingshead (1975), se observó que el 92.5% de las participantes se encuentra en el punto III del índice, lo que indica una clase social media; el 2.5% en el punto IV, clase social media alta; y el 5% en la clase alta. En lo que respecta a la ocupación el 45% de las mujeres informaron tener una ocupación de tipo operativo (intendencia, aseo en casa o ama de casa), el 15% tiene un trabajo especializado, un 30% de las participantes mencionó tener ocupaciones subespecializadas (10%), independientes (10%) y administrativas (10%), mientras que un pequeño porcentaje desempeñaba ocupaciones de alto rango que iban desde ser ejecutivas hasta dueñas de empresas (Tabla 1). En cuanto al grado académico el 25% de las participantes cuentan con bachillerato tronco/completo, el 22.5% tiene secundaria completa, el 17.5% concluyó con alguna licenciatura o diplomado y el resto de las participantes mencionaron tener primaria trunca/concluida, licenciatura trunca, alguna especialización o posgrado (Tabla 1).

Tabla 1
Tipo de ocupación y grado académico de acuerdo con el Índice Hollinshead

Ocupación	Porcentaje	Grado Académico	Porcentaje
Operativo	45	Primaria trunca	17.5
Subespecializada	10	Primaria concluida	5
Especializado	15	Secundaria completa	22.5
Independientes	10	Bachillerato tronco/completo	25
Administrativo	10	Licenciatura trunca o graduados con especialización	10
Ejecutivos y profesionales	2.5	Licenciatura y diplomado	17.5
Dueños de empresas y profesional mayor	5	Profesionistas con postgrados	2.5
Sin responder	2.5		
Total	100	Total	100

Con relación a su asistencia a algún programa de autoayuda 97.5% respondió que sí (por otros padecimientos como diabetes e hipertensión) y solo el 2.5% contestó que no. A todas se les prescribieron fármacos (antidepresivos y ansiolíticos) desde el periodo de su diagnóstico de infertilidad, y todas ellas informan haber abandonado los tratamientos por no obtener los resultados esperados y no lograr adherirse al tratamiento, como consta en sus historias clínicas.

Afrontamiento al estrés, Ansiedad y Depresión

De acuerdo con los datos obtenidos del inventario de Depresión de Beck (1998) se observó que la mayoría de las mujeres obtuvieron un promedio bajo, es decir, presentan síntomas leves de depresión ($M=13.37$; $D.T.=12.302$) (Tabla 2). Por otra parte, en lo que respecta a ansiedad, de acuerdo con los datos arrojados del inventario de Ansiedad de Beck (2001), se encontró que las participantes presentan síntomas moderados de ansiedad ($M=19.45$; $D.T.= 12.149$) (Tabla 2).

De acuerdo con los resultados del Cuestionario del Afrontamiento del Estrés (Sandín y Chorot, 2003) la estrategia que se empleó con más frecuencia fue la búsqueda de apoyo ($M=3.20$; $D.T.=1.060$). Mientras que las demás estrategias las emplearon algunas veces, donde la focalización en la solución del problema (2.59; $D.T.= 1.18$) fue la estrategia con menor puntaje (Tabla 2).

Tabla 2

Datos descriptivos de la edad y escalas de depresión, ansiedad y afrontamiento del grupo de participantes.

	N=40	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	53	41	94	58.03	9.870	
Ansiedad	49	0	49	19.45	12.149	
Depresión	42	0	42	13.37	12.305	
Autofocalización negativa (AFN)	4	2	5	2.88	1.008	
Reevaluación positiva (REP)	4	1	5	2.67	1.144	
Expresión emocional abierta (EEA)	3	2	4	2.65	0.736	
Evitación (EVT)	4	1	5	2.83	1.011	
Búsqueda de apoyo social (BAS)	3	2	5	3.20	1.060	
Religión (RLG)	4	1	5	2.60	1.135	
Focalización en la solución del problema (FSP)	4	1	5	2.59	1.180	
Afrontamiento al estrés	61	93	154	116.54	15.183	

Respecto a la asociación del diagnóstico de infertilidad, ocupación y grado escolar, con ansiedad, depresión y afrontamiento al estrés (y sus dimensiones) se aplicó la prueba no paramétrica Chi². Se identificó que una asociación entre el diagnóstico y la estrategia de autofocalización negativa, y una asociación entre la ocupación y la estrategia basada en la búsqueda de apoyo social (Tabla 3). No se encontró relación entre el grado escolar y ansiedad, depresión y afrontamiento (y sus dimensiones), obteniendo valores χ^2 que oscilan entre $\chi^2=72.60$ a $\chi^2=130.57$ con $p>.05$.

Tabla 3*Valores Chi² del diagnóstico de infertilidad y ocupación*

Escala	N= 40			
	Diagnóstico		Ocupación	
	X ²	α	X ²	α
Ansiedad	23.238	.388	152.315	.523
Depresión	26.286	.240	154.907	.464
Focalizado en la solución del problema (FSP)	23.343	.077	126.943	.071
Autofocalización negativa (AFN)	21.106	.049	81.602	.554
Reevaluación positiva (REP)	17.080	.147	94.614	.201
Expresión emocional abierta (EEA)	9.515	.733	81.545	.751
Evitación (EVT)	13.948	.454	94.756	.574
Búsqueda de apoyo social (BAS)	19.316	.081	109.597	.032
Religión (RLG)	18.869	.336	116.729	.542
Afrontamiento al estrés	28.264	.103	153.075	.212

Sobre la relación de edad con ansiedad, depresión y afrontamiento al estrés, se obtuvo una correlación moderada positiva estadísticamente significativa entre la edad de las participantes y los síntomas de depresión ($r=.47$; $p \leq 0.01$), es decir, a mayor edad mayor síntomas de depresión (Tabla 4). También se identificó una correlación débil positiva estadísticamente significativa entre la edad y ansiedad ($r=.37$; $p \leq 0.05$) (Tabla 4).

Tabla 4.*Correlación de Pearson entre la edad, depresión, ansiedad y afrontamiento al estrés (y dimensiones).*

	Edad	Depresión	Ansiedad	Afrontamiento al estrés
Edad	1			
Depresión	.478** .002	1		
Ansiedad	.374* .017	.550** .000	1	
Afrontamiento al estrés	.160 .330	.216 .186	.073 .661	1

Para evaluar la relación del diagnóstico de infertilidad con las variables de ansiedad, depresión, afrontamiento al estrés (y sus dimensiones), se aplicó el Coeficiente Eta. Identificando que la variable del diagnóstico de infertilidad permite explicar la varianza de la variable de la estrategia de reevaluación positiva (36. 1%) y la expresión emocional abierta (32.5%), lo que indica que el tamaño del efecto entre las variables es moderado. Por otra parte, se identificó que la variable del diagnóstico de infertilidad permite explicar sólo el 8.2% de la varianza de la variable de la estrategia de autofocalización negativa, siendo así significativo pero débil el efecto entre las variables Tabla 5).

Tabla 5.*Valores Eta de la relación entre el diagnóstico de infertilidad e impacto psicosocial*

Escala	Valor η^2
Ansiedad	.232
Depresión	.243
Focalizado en la solución del problema (FSP)	.286
Autofocalización negativa (AFN)	.082
Reevaluación positiva (REP)	.361
Expresión emocional abierta (EEA)	.325
Evitación (EVT)	.139
Búsqueda de apoyo social (BAS)	.209
Religión (RLG)	.113
Afrontamiento al estrés	.150

Discusión

La mayoría de las mujeres de este estudio pertenecen a una clase social media con estudios de bachillerato tronco o completo y ocupaciones operativas, además de que todas tienen diagnóstico médico de depresión y ansiedad, y en algún momento de su vida asistieron a grupos de autoayuda. Resulta importante resaltar estos resultados, ya que en México existen pocas investigaciones sobre este tema enfocado a mujeres, por lo que se deben considerar las características que tiene la población, así como identificar las determinantes sociales, biológicas y culturales de las mujeres que viven con infertilidad (Sánchez, Mejía y González, 2018).

Se observó que las mujeres continúan con la presencia de niveles considerables de depresión y ansiedad, puesto que más de la mitad de las mujeres refirieron tener diagnóstico de estas psicopatologías desde la presencia de infertilidad y haber estado bajo tratamiento farmacológico. Sin embargo, se puede apreciar que los niveles de ansiedad y depresión mantienen una relación significativa con la edad, independiente de los tratamientos y la asistencia a grupos de autoayuda. Lo cual coincide con los datos de Biringer et al. (2015) y Verma et al. (2015), donde las mujeres que ya tenían años con el diagnóstico de infertilidad mostraban aumento en la depresión y ansiedad (Álvarez, Hernández y Rodríguez, 2019). Así mismo, en esta investigación se obtuvieron correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas (edad y diagnóstico de infertilidad) y las variables de ansiedad y depresión.

El estrés que presentan las personas derivado de los problemas de fertilidad conlleva diversos malestares físicos y psicológicos, de modo que es primordial conocer qué estilos de afrontamiento al estrés emplean las pacientes para que esto pueda facilitar su adaptación ante la situación de infertilidad (Almandóz, 2019). Observando que las mujeres de esta investigación han afrontado la infertilidad por medio de la estrategia basada en la búsqueda de apoyo social dado que, tienden a expresar lo que sienten con las personas cercanas, además de pedir consejos, información u orientación para sentirse tranquilas. Asimismo, se encontró que esta estrategia se relacionó con el tipo de ocupación.

Por otro lado, la estrategia que menos se empleó fue la focalización en la solución del problema. Demostrando que, ante una problemática como lo es la infertilidad, las mujeres no analizaron las causas del problema para establecer algún plan de acción y resolver el problema, o no consideraron los aspectos de esta circunstancia para resignificarla positivamente (Osorio, Prado, Bazán y Huitrón, 2020). Lo cual podría relacionarse con el empleo frecuente de la estrategia de evitación y de autofocalización negativa ya que, las mujeres preferían concentrarse en otras cosas como el trabajo para olvidarse y no pensar en la problemática que les aquejaba, resignándose y asumiendo la incapacidad para resolver la situación.

Mostrando el impacto que tiene esta condición sobre la vida y la salud psicológica de las mujeres es importante considerar las intervenciones psicológicas que tienen como objetivo orientar e informar sobre el diagnóstico y tratamiento; dar contención ante la ansiedad y depresión que puede generar la condición; así como ayudar a desarrollar habilidades de comunicación, estrategias de afrontamiento, toma de decisiones, control de la situación y generar redes de apoyo, para favorecer la adherencia a los tratamientos médicos y contribuir al desarrollo de condiciones psicológicas y psico-sociales idóneas (Ávila y Moreno; 2008; Flores, Jenaro y Moreno, 2008; García et al., 2019; Izzedin-Bouquet, 2011).

Aunado a esto, de acuerdo con la literatura revisada, en México hay pocos hospitales públicos (Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México, 2013; Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, 2011), que cuentan con atención psicológica individual y/o

grupal para mujeres con infertilidad por lo que debería ser foco de atención para implementar intervenciones en esta área. Es de suma importancia considerar la necesidad de implementar modelos interdisciplinarios o transdisciplinarios para el estudio y tratamiento de la infertilidad para focalizar la atención en el bienestar psicológico de las mujeres, debido a que son escasamente investigados en México (Bello y Batista, 2019). La atención debería ser temprana y oportuna para prevenir niveles leves o moderados de depresión y/o ansiedad, como se ha observado en las mujeres de esta investigación, que con edad avanzada siguen generando una serie de pensamientos y emociones por el hecho de haber sido consideradas “infértils”.

Conclusión

Las mujeres que viven con infertilidad emplearon más la estrategia de afrontamiento basada en la búsqueda de apoyo. La cual también se relacionó con la ocupación, probablemente en este contexto existía una red de apoyo para ellas; asimismo, todas acudieron en algún momento a grupos de autoayuda, siendo así un espacio de psicoeducación para ellas. Sin embargo, se apreció una relación significativa entre la edad y, ansiedad y depresión. Por esta razón es importante considerar las estrategias de afrontamiento y la edad ya que, si las mujeres evitan esta problemática, además de no intervenir de manera temprana y oportuna, su salud psicológica se verá afectada conforme vaya aumentando su edad.

También se apreció la falta de involucramiento de las parejas en la situación, pues sí fueron invitados a participar, pero se negaron. Lo que abre paso a otras investigaciones sobre la actitud e impacto psicosocial en hombres con diagnóstico de infertilidad y/o pareja con dicha condición; para conocer, contrastar, complementar y ampliar el estudio en esta área poco estudiada en México.

Asimismo, se plantea una propuesta para abordar esta problemática por medio de estrategias de promoción de la salud y prevención para sensibilizar a las mujeres y hombres para garantizar la salud sexual y reproductiva de la población.

Por otra parte, es muy importante visualizar y retomar la infertilidad desde una perspectiva de género porque es un tema permeado de estigmas y estereotipos hacia la mujer, principalmente. Dado que, la maternidad es una función socialmente

impuesta y al no “cumplirla” las colocan en una posición vulnerable por la presión social y personal, situación que afecta a nivel psicológico, social y personal.

Referencias Bibliográficas

- Almandoz, A. (2019). Taller “libérate” en el afrontamiento al estrés en mujeres con problemas de fertilidad de Trujillo. *PAIAN*, 10(2), 1-11.
- Álvarez, N., Hernández, L. y Rodríguez, M. (2019). Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en miembros de parejas con infertilidad primaria. *Medimay*, 26(1), 75-87.
- American Society for Reproductive Medicine. Infertility [homepage en Internet]; updated 2020 [citado 28 de enero de 2020]. Recuperado de: <https://www.asrm.org/topics/topics-index/infertility/>
- American Society for Reproductive Medicine. (2012). Tecnologías de Reproducción Asistida. Guía para pacientes. EUA: Washington, D.C.
- Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción. (24 de agosto de 2018). Situación de la infertilidad en México. [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://ammr.org.mx/situacion-de-la-infertilidad-en-mexico/>
- Ávila, A. y Moreno, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 186-96.
- Ayala, A. y Hernández, I. (2006). Menstruación, fecundación y estado materno-fetal. En *Medicina de la reproducción humana*. México: Editores de Textos Mexicanos.
- Bazán, G. (1997). *Psicología de la salud en el tratamiento de pacientes con infarto de miocardio: aplicación de la tecnología conductual* (Tesis de maestría) Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala UNAM, Estado de México, México.
- Bazán, G. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y ciencia social*, 5(1), 20-26.
- Bello, K. y Batista, Y. (2019). Infertilidad femenina y modos de subjetivación: cuando el yo se percibe fallido. *Integración Académica en Psicología.*, 7(21).
- Biringer, E., Howard, L., Kessler, U., Stewart, R. y Mykletun, A. (2015). Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population?

- Results from the North-Trøndelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 36(2), 1-8.
- Bonilla, M. (1991). Aspectos psicológicos de algunos problemas en ginecología endocrinológica. *Revista De Psicología*, 25, 115-119.
- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C. y Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 54(4), 227-248.
- Cancela, R., Cea, N., Galindo, G. y Valilla, S. (2010). *Metodología de la investigación educativa: Investigación ex post facto*. Universidad Autónoma de Madrid, 1-19.
- Cardona, J. L., Villamil, M. M., Henao, E. y Quintero, Ángela. (2011). El afrontamiento de la soledad en la población adulta. *Medicina UPB*, 30(2), 150-162. Recuperado de:
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1804>
- Carreño, J., Bium, B., Sánchez, C. y Henales, M. (2008). Salud psicológica en la mujer estéril. *Perinatología y reproducción humana*, 22(4), 290-302.
- Carvajal, J. y Barriga, M. (2019). *Manual Obstetricia y Ginecología. Décima edición*. Chile: Universidad Católica Pontificia de Chile.
- Castaño, E. y del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257.
- Cortines, M. (2015). El papel del manejo emocional en mujeres con problemas de infertilidad (Tesis de maestría, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España). Recuperado de:
<https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/2703/retrieve>
- de Castro Pita, F. y Moreno, C. (2009). Diagnóstico y tratamiento médico de la infertilidad. En *Infertilidad y reproducción asistida, Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Ed. Pirámide.
- de Dios-Vallejo, D. (2014). Equidad de género y embarazo. *Perinatología y reproducción humana*, 28(2), 71-78.
- Díaz, E. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(1), 57-71.
- Díaz, Z. y García, D. (2011). La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. *Revista Cubana de salud pública*, 37, 106-109.

- Donoso, P. y Sanhueza, P. (2010). Riesgos y complicaciones de los tratamientos de infertilidad. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 21(3) 457-462.
- Escobar, I. (2007). Derecho a la reproducción humana: inseminación y fecundación in vitro. *Cuestiones constitucionales*, 16, 137-158.
- Fernández, H., Valle, T., Fernández, I. y Ramírez, N. (2013). Caracterización de la infertilidad en el municipio Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(5), 64-73.
- Flores, N., Jenaro, C. y Moreno-Rosset, C. (2008). Terapia de pareja en infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 205-212.
- García, R., Valero, I., Gómez, M., Casla, A., Tirado, M. y Mantrana, E. (2019). Evaluación de los procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida: impacto de la Fecundación in vitro. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción humana*, 36(2), 3-12.
- Garzo, R. (2007). Reproducción Asistida. UNAM. Recuperado de: <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/mexder/cont/9/cnt/cnt6.pdf>
- Gómez, A. (2011). Infertilidad femenina: actualización. *Offarm: farmacia y sociedad*, 30(5), 60-65.
- Hernández, E. y Grau, J. (2005). Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones. *Centro Universitario en Ciencias de la Salud*, 33-84.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (Octubre, 2017). *IMSS Atiende Cada Año a 12 mil Parejas que no Pueden Embarazarse* (Informe No. 320/2017). Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201710/320>
- Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. (2011). *Manual de Procedimientos del Departamento de Psicología*. México: Ciudad de México.
- Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. (2016). *Méjico Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 Informe Final*. México: Ciudad de México.
- Izzedin-Bouquet, R. (2011). Psicología de la Reproducción: De la Infertilidad a la Reproducción Asistida. *Revista Científica Ciencia Médica*, 14(2), 31-34.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventory de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26-31.

- Lagarde, M. (1996). El género. En Lagarde, M. Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Llaguno, A. (2015). Factores socioepidemiológicos y clínicos presentes en mujeres atendidas en consulta de infertilidad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(4), 365-375.
- Manual de Organización del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México. (2013). Recuperado de <http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/vigentes/mar193.PDF>
- Mateo, J. (2009). La investigation ex post-facto. En Bisquerra, R. *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Moreno, C. (2008). Infertilidad y Psicología de la Reproducción. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 154-157.
- Moreno, C. (2009). Estrés e infertilidad. En *Infertilidad y reproducción asistida, Guía práctica de intervención psicológica* (pp. 37-54). Madrid: Ed. Pirámide.
- Moreno, C., Antequera, R., Jenaro, C. y Gómez, Y. (2009). La Psicología de la Reproducción: la Necesidad del Psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud*, 20(1), 79-90.
- Moscuzza, C. (2016). Musicoterapia e Infertilidad. ECOS-Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines, 1(1), 31- 68
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en psicología*, 16(1), 9-38.
- Ortega, P., Torres, L. y Salguero, M. (1999). Vivencia de la paternidad desde la perspectiva de género. Iztapalapa: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, (45), 41-56.
- Osorio, M., Prado, C., Bazán, G. y Huitrón, B. (2020). Afrontamiento en profesionales de la salud mexicanos del sector público. *Alternativas psicología*, 43, 117-132.
- Pérez, C., Ramírez, L., Miranda, A., Pichardo, M. y Contreras, A. (2013). Factores asociados a infertilidad en un grupo de parejas mexicanas. *Médica Sur*, 20(1), 4-7.

- Robles, H. y Peralta, M. (2010). *Programa para el control del estrés*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventory de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218. Recuperado de <http://copolad.eu/c/banco-de-instrumentos/ficha/56>
- Rojas, P., Medina, D. y Torres, L. (2011). Infertilidad. *MediSur*, 9(4), 340-350. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000400012yIngleng=esyIngleng=es
- Rosas, M. (2008). Infertilidad femenina. Un problema multifactorial. *OFFARM*, 27(8), 90-98.
- Sánchez, M. (2016). Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. *Opción*, 32(13), 921-953.
- Sánchez, K., Mejía, Y. y González, E. (2018). Estilo de vida de la población con infertilidad en Chihuahua, Chih. *Memorias congreso internacional de investigación científica multidisciplinaria*, 6(1), 33-44.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53.
- Sociedad Española de Fertilidad. (2011). *Saber más sobre Fertilidad y Reproducción Asistida*. Madrid: SEF.
- Urgellés, S., Reyes, E., Figueroa, M. y Palazón, A. (2012). Infertility in patients older than 35 years. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 530-537.
- Vantman, D. y Vega, M. (2010). Fisiología reproductiva y cambios evolutivos con la edad de la mujer. *Rev. Med. Clin. Condes*, 21(3), 348-362.
- Verma, P., Rastogi, R., Sachdeva, S., Gandhi, R., Kapoor, R. y Sachdeva, S. (2015). Psychiatric Morbidity in Infertility Patients in a Tertiary Care Setup. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 9(9), 1-6.
- Woods, N. (2017). Quality of life among midlife women. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 24(11), 1217–1218.
- World Health Organization. Infertility definition and terminology [homepage Internet]; updated 2020 [citado 19 de enero de 2020]. Recuperado de <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>

Zegers, F., Adamson, G., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R. y Nygren, K. (2010). Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). *OMS 2009. JBRA Assist Reprod*, 14(2), 19-23.