



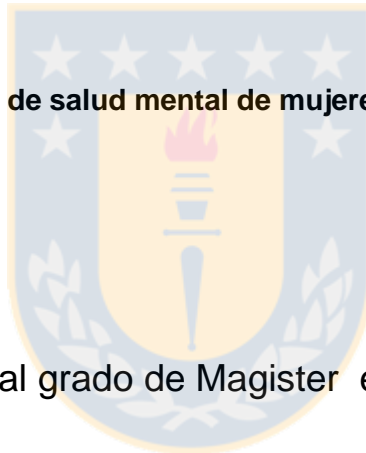
Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Medicina

Departamento Obstetricia y Puericultura

Perfil de salud mental de mujeres infértiles.



Tesis para optar al grado de Magister en Salud Reproductiva

VALESKA MACARENA JARA RIQUELME

CONCEPCIÓN-CHILE

2015

Profesor Guía: Yolanda Contreras García

Dpto. de Obstetricia, Facultad de Medicina

Universidad de Concepción





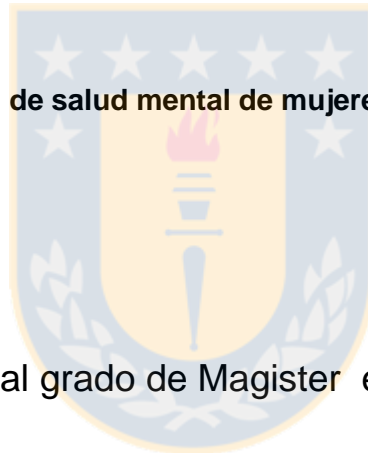
Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Medicina

Departamento Obstetricia y Puericultura

Perfil de salud mental de mujeres infértiles.



Tesis para optar al grado de Magister en Salud Reproductiva

VALESKA MACARENA JARA RIQUELME

CONCEPCIÓN-CHILE

2015

Profesor Guía: Yolanda Contreras García

Dpto. de Obstetricia, Facultad de Medicina

Universidad de Concepción



A Dios que me ha bendecido con una hermosa familia que siempre me ha acompañado en este largo caminar, Patricio, Luisa, Julio, Daniela y Rafael quien es mi inspiración en esta Vida.

INDICE	Página
INDICE DE CONTENIDO	5
INDICE DE TABLAS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
MARCO TEÓRICO	11
HIPÓTESIS	20
OBJETIVOS	21
MATERIAL Y MÉTODO	22
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	39
PROYECCIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	48



INDICE DE TABLAS

Página

- Tabla N° 1: Distribución de las mujeres infértiles y fértiles según antecedentes de patología crónica y/o gineco-obstétrica 30
- Tabla N°2: Comparación del nivel de ansiedad presente entre mujeres infértiles y fértiles, según escala de ansiedad de Beck. 31
- Tabla N°3: Comparación del nivel de desesperanza entre mujeres infértiles y fértiles, según escala de Beck 32
- Tabla N°4: Distribución del nivel de autoestima en las mujeres infértiles y fértiles 32
- Tabla N°5: Comparación del nivel de apoyo social percibido entre mujeres infértiles y fértiles. 33
- Tabla N° 6: Determinación del apoyo social según dimensiones de la escala de Zimet en mujeres infértiles y fértiles. 34

RESUMEN

La infertilidad femenina es un diagnóstico con alto intervencionismo y un impacto emocional que puede afectar la salud mental de la mujer. **Objetivo:** Determinar niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima de mujeres infértiles sometidas a procedimientos de reproducción asistida de alta complejidad, durante los meses de junio a diciembre del año 2012. **Metodología:** Estudio transversal, correlacional, en usuarias que acuden a un centro privado atención en la comuna de Concepción. Muestra no probabilística, intencionada. Evaluó variables biosociales, problemas de salud mental y el apoyo social percibido. El análisis estadístico realizado con el programa SPSS versión 19.0, aplicando pruebas paramétricas y no paramétricas según tipo y normalidad de las variables. Considerando significativo un p valor < 0.05. **Resultados:** Se estudiaron 40 mujeres infértiles tratadas versus 40 mujeres fértiles, de igual nivel educacional y actividad laboral. El promedio de edad fue mayor en mujeres infértiles (35,75 / 29,4 años), así como el promedio de parejas sexuales (3,05 / 2,48). Las patologías ginecológicas de riesgo mas frecuentes : ovario poliquístico (50% / 7,5%) , infecciones de transmisión sexual (20% / 0%) , proceso inflamatorio pélvico (37,5% / 2,5%) y endometriosis (30% / 0%). Alto nivel de ansiedad(47,5%) y de desesperanza(62,5%) , baja autoestima (55%) y bajo apoyo social percibido (50%) en mujeres infértiles versus el 0% de las mujeres fértiles, todas diferencias significativas. **Conclusiones:** existe un déficit de la condición de salud en general de las mujeres en estudio, que además están enfrentando una maternidad.

Palabras Claves: infertilidad, salud mental, maternidad

Abstract

Female infertility is diagnosed with high interventionism and an emotional impact that can affect the mental health of women. **Objective:** To determine levels of anxiety, hopelessness and self-esteem of infertile women assisted reproduction procedures of high complexity, between the months of June to December 2012. **Methods:** Cross-sectional and correlational study, in women attending a private center health care in Concepción. Non-probability sample, intentionally. Evaluated biosocial, mental health and perceived social support variables. Statistical analysis using software SPSS version 19.0, using parametric and non-parametric tests by type and normality of the variables. Considering significant p value <0.05. **Results:** 40 infertile women treated versus 40 fertile women, the same level of education and labor activity were evaluated. The media age was higher in infertile women (35.75 / 29.4 years) and the media number of sexual partners (3.05 / 2.48). Gynecological pathologies more frequent risk: polycystic ovary (50% / 7.5%), sexually transmitted infections (20% / 0%), pelvic inflammatory process (37.5% / 2.5%) and endometriosis (30 % / 0%). High level of anxiety (47.5%) and hopelessness (62.5%), low self-esteem (55%) and low perceived social support (50%) infertile women versus 0% of fertile women, all significant differences. **Conclusions:** There is a damage of mental health status of women in the study, which also are living motherhood.

Key words: infertility, mental health, maternity

INTRODUCCIÓN

La infertilidad ha sido uno de los mayores problemas sociales y médicos desde los albores de la humanidad, vivida como una amenaza para la supervivencia del clan, para la transmisión del poder y el mantenimiento de las estructuras sociales.

Se estima que la infertilidad afecta a 1 de cada 6 mujeres a nivel mundial. Y se define por la mayoría de los autores como la incapacidad de lograr un embarazo luego de un año de relaciones sexuales sin tomar medidas anticonceptivas. Por lo que esta patología se transforma en un problema de salud pública de trascendencia. Se estima que en nuestro país entre un 10 a 15 % de las parejas enfrentan algún grado de Infertilidad según estadísticas del registro latinoamericano de reproducción asistida en el año 2007. [1]

Una vez que una mujer ha logrado una relación estable y determinadas condiciones sociales, económicas y emocionales, generalmente comienza a buscar la descendencia para llenar un espacio que solo los hijos pueden ocupar. Se traza metas, se construyen ilusiones, y siempre se espera que este hecho complete sus vidas de una manera muy especial. Una vez que se busca y no logran el embarazo, la vida cambia de un modo tan profundo que a veces no se logra superar [2]. La infertilidad por sí misma generalmente no significa una amenaza para la salud física, pero sí tiene un serio impacto en la salud mental personal y familiar. [3]

Esta situación carencial puede amenazar muchos aspectos de la vida de una mujer, no sólo en la mutua relación, sino también a cada uno de ellos individualmente, en sus relaciones de amistad, con la familia, en el plano laboral y sexual. Al peso emocional de la incapacidad para procrear, se suman los procedimientos, tanto diagnósticos como terapéuticos,

potenciando el desgaste emocional, ya que estos requieren esfuerzo debido a que son largos, frecuentes e invasivos. [2]

Los datos de la OMS apuntan a que la infertilidad debe ser asumida como un problema de salud pública cuya incidencia está en aumento afectando las tasas de natalidad en países que ya tienen un número de nacimientos bajos, además los tratamientos de reproducción asistida suponen costos elevados para los sistemas de salud. El incremento acelerado de la prevalencia de esta enfermedad emergente tiene consecuencias importantes en el ámbito biológico y psicológico. [3]

Resulta de considerable interés conocer y analizar las variables psicológicas que afectan a la fertilidad de la mujer además de poder describir un perfil de salud reproductiva de la mujer infértil desde el punto de vista biológico psicológico y social en nuestra población.

Existen pocos estudios de infertilidad en Chile. Este trabajo tiene como objetivo determinar los niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima de las mujeres infértiles sometidas a procedimientos de reproducción asistida de alta complejidad en el Instituto de Medicina Reproductiva de Concepción, durante los meses de junio a diciembre del año 2012 y compararlas con mujeres fértiles de semejantes características biodemográficas.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

I- Epidemiología

La infertilidad ha sido uno de los mayores problemas sociales y médicos desde los albores de la humanidad, vivida como una amenaza para la supervivencia del clan, para la transmisión del poder y el mantenimiento de las estructuras sociales. Nuestra especie tiene un bajo poder reproductivo, de manera que la posibilidad de embarazo cuando el contacto sexual es en el periodo de ovulación en una mujer menor de 35 años y sin ningún factor de infertilidad, es solo de 18 a 35 % por mes. [1]

El aumento de la incidencia y prevalencia de la infertilidad, representa un severo problema en los países desarrollados, donde las tasas de fecundidad son cada vez menores y el número de niños en términos absolutos tiende a reducirse. En muchos casos esta condición puede afectar la relación y el estado emocional existente en la pareja, incluyendo problemas de autoestima, miedo, depresión, e incluso, disfunciones sexuales. Aproximadamente entre el 25 y el 65% de las pacientes infértiles sometidos a tratamientos de reproducción asistida presentan en algún momento síntomas clínicos de ansiedad, culpabilidad, desesperanza, baja autoestima y depresión. [1]

La infertilidad es una incapacidad que afecta a una importante parte de la población de Chile y el mundo. Diversos reportes demuestran que por lo menos el 15% de las parejas chilenas poseen este problema. Esta realidad podría variar en las próximas décadas llegando a cifras tan extremas como 30%. [1-5].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un 8-10 % de las mujeres experimentan infertilidad y se calcula que a escala mundial existen 60 a 80

millones de mujeres que sufren esta patología. Sin embargo, esta prevalencia puede variar de una región a otra en el mundo. [3]

En 1975, la OMS recomendaba definir la infertilidad como la incapacidad para concebir después de 24 meses de mantener relaciones sexuales regulares no protegidas. Prácticamente dos décadas más tarde, la infertilidad sería definida como la incapacidad para concebir después de un año de mantener relaciones sexuales regulares no protegidas. Actualmente la infertilidad es definida por la mayoría de los autores como la incapacidad de lograr un embarazo luego de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin tomar medidas anticonceptivas. [3, 4,5]

II- Causas generales asociadas a la salud

Son varias las causas de infertilidad y dependen de cada población. Pero de manera general se puede afirmar que el 40% de las causas son de origen femenino, el 40% de origen masculino y en un 10% la pareja comparte la causa. Aproximadamente, existe un 10% de causas no explicadas. [1]

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad. Dentro de este contexto se describen ciertos factores de riesgos para infertilidad en la mujer. [6]

En la mujer se describen: la edad, la función ovárica, historial de embarazo ectópico, proceso inflamatorio pélvico (PIP), hiperprolactinemia, síndrome de ovario poliquístico, hipotiroidismo, endometriosis, enfermedades de transmisión sexual, historial de dos o más abortos espontáneos, cirugía uterina, medicamentos como hormonas, antidepresivos, exceso de grasa corporal, nicotina, cafeína, alcohol y drogas. [6]

La edad ha sido considerada un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de fertilidad. Es bien conocido que conforme se incrementa la edad de la mujer, disminuye su fertilidad, ello se ha visto en diversos estudios analizando el número de hijos según la edad de la mujer. [7]

La mayor parte de los estudios establece los 35 años como el umbral a partir del cual la función reproductiva disminuye irreversiblemente, pese a ello, la edad media para el primer nacimiento a nivel mundial ha ido ascendiendo en las últimas décadas hasta situarse en torno a los 30 – 31 años. [8]

La eficacia de los tratamientos de reproducción asistida depende de la edad. Las tasas de éxito de la fecundación in vitro son variables y aunque pueden llegar a ser tan altas como del 75%, el éxito suele conseguirse después de múltiples intentos. Las mujeres más jóvenes obtienen sistemáticamente mejores resultados. [9]

Por otra parte, en el desarrollo de la Psicología de la Reproducción, las alteraciones emocionales de las parejas infértiles no sólo han sido entendidas como una consecuencia de la enfermedad sino también como su causa, especialmente en la denominada infertilidad de causa desconocida que es aquella que se produce sin que se detecten problemas funcionales en el aparato reproductor femenino [10].

Muchas mujeres con sobrepeso no ovularán correctamente y tomarán necesariamente un plazo más largo para lograr el embarazo. La grasa, cuando se presenta en exceso, se comporta como una gran glándula endocrina que crea desequilibrios hormonales, disminuyendo la ovulación y la calidad de los óvulos. Con el aumento de peso, los ciclos de ovulación se vuelven irregulares, hasta incluso pueden llegar a desaparecer de forma crónica en los casos más graves. La obesidad puede afectar al sistema

reproductor femenino y provocar menopausia precoz, ovarios poliquísticos, mayor riesgo de aborto, menor eficacia de las técnicas de reproducción asistida. [11]

El abuso del consumo de alcohol y el alcoholismo propiamente tal, han sido profundamente relacionados con disfunciones ováricas, pituitarias e hipotalámicas; las cuales provocan como resultado final: ausencia de menstruación, ausencia de ovulación y desarrollo anormal de la membrana endometrial en las mujeres [9]

III- Causas ginecológicas

Una de las principales causantes de infertilidad femenina es el daño tubárico y la presencia de adherencias en las trompas de Falopio. Estas condiciones suelen ser consecuencia de algún proceso inflamatorio como la Enfermedad Inflamatoria Pélvica que se encuentra fuertemente asociada a enfermedades de transmisión sexual. [12]

Frente a lo expuesto, al evaluar a una mujer que consulta por infertilidad, es de fundamental importancia hacer una historia clínica cuidadosa. En donde se debe considerar: la edad de la menarquia, ciclos menstruales, enfermedades sistémicas (por ejemplo, trastornos de la función tiroidea), ingesta de medicamentos (tales como agentes citotóxicos, neurolépticos, antidepresivos y antihipertensivos), actividad física, situaciones de estrés y hábitos (incluyendo tabaquismo e ingesta alcohólica). El examen físico debe ser minucioso y considerar el índice de masa corporal, acné, hirsutismo, examen ginecológico que incluya el desarrollo mamario y los genitales externos e internos. [13]

La segunda causa de infertilidad que se reconoce es la presencia de ovarios poliquísticos. Se trata de la patología endocrina de mayor prevalencia y la causa más frecuente de anovulación. Las mujeres con ovarios poliquísticos pueden presentar una amplia gama de síntomas y signos clínicos; sin embargo, la anovulación y el hiperestrogenismo son considerados prerequisites en esta patología. [12]

La anovulación es definida como la condición en la cual el desarrollo y la ruptura folicular están alterados y por lo tanto el ovocito no es liberado del folículo; se han identificado varias causas, las cuales encierran la insuficiencia ovárica intrínseca, que incluye factores genéticos autoinmunes, y otras como la quimioterapia. La disfunción ovárica, secundaria a la regulación gonadotrópica es otra causa de la anovulación. Puede subdividirse en causas específicas tales como la hiperprolactinemia y el síndrome de Kallmann, y funcionales que incluyen bajo peso corporal, exceso de ejercicio, uso de medicamentos e infertilidad idiopática. La deficiencia de gonadotropina se ve en casos de tumor hipofisario, necrosis de la hipófisis y trombosis. Pueden ocurrir alteraciones de la acción de las gonadotropinas como en el síndrome de ovario poliquístico. [1]

IV- Problemas salud mental

La compleja trama emocional que subyace al concepto de infertilidad, atenta contra muchos aspectos de la vida en pareja, no sólo en la mutua relación, sino también a cada uno de los dos componentes de la pareja individualmente y sus relaciones con los amigos y la familia. [1]

Ya en 1945 la OMS, en su definición de salud subraya la naturaleza biopsicosocial de la misma. El modelo biopsicosocial es una construcción de salud integral, en el que se plantea que los factores biológicos, psicológicos y

sociales juegan un papel importante en el funcionamiento humano dentro del contexto de la enfermedad y la salud, así como de las percepciones individuales de ambos conceptos, donde el individuo es un agente activo dentro del ambiente que le rodea, en el que además de la genética y de una personalidad elaborada, el individuo pone en marcha recursos y estrategias para enfrentar los problemas, llevando en muchos casos a la resolución del conflicto y a la no aparición del trastorno. [5]

En los años 50 y 60 se defendía que aproximadamente el 40% de los casos de infertilidad eran atribuibles a factores psicológicos. Diversos autores subrayan la relación entre infertilidad femenina y conflictos tempranos en la relación madre e hija. [14-17]

Dichos enfoques abogaban por situar el origen de la infertilidad en conflictos tempranos o riesgos neuróticos de la personalidad. Este modelo dominante a mediados de los años 80 se basa en la asunción de que la infertilidad de origen desconocido estaba causada por una resistencia inconsciente a la maternidad. [18]

Hoy en día existe la suficiente evidencia sobre la estrecha relación existente entre los factores psicosociales y el desarrollo de enfermedades. Esta hipótesis va ganando adeptos en el campo de la psicología de la salud, ya que desde la aparición en el año 2001 del modelo biopsicosocial de Branon & Fesit se crea un área de estudios para investigar los procesos psicosociales. [5]

La dificultad de tener hijos, cuando existe un deseo claro de tenerlos, resulta ser una de las situaciones más difíciles que debe abordar la persona. Las mujeres en esta situación se ven enfrentadas en muchas ocasiones a una crisis que genera angustia, sentimientos de pérdida y frustraciones

importantes. Todo esto puede empezar en las etapas de diagnóstico y siguiendo por las diferentes etapas de tratamiento. Cada vez comienzan a ser más evidentes las complejas relaciones existentes entre los factores psicológicos y la fertilidad. [14, 15]

V- Consecuencias de la infertilidad

Un punto en el que parece haber gran consenso con respecto al impacto psicológico de la infertilidad es que el descubrimiento de la misma supone una “crisis vital” importante en la vida de las personas implicadas que se expresa en síntomas depresivos. La realidad clínica demuestra que las parejas con problemas de infertilidad presentan reacciones emocionales ante su enfermedad. No es por tanto raro que encontremos expresiones emocionales de aislamiento social y personal, culpa, ansiedad, depresión y problemas de las relaciones de pareja. Siendo la depresión el de mayor prevalencia. Sin embargo, este cuadro depresivo suele tener dificultades de recuperación en cuanto no han sido valorados cuadros concomitantes que tales como la ansiedad o la autoestima.. [14]

En el año 2007 la revista Iberoamericana de fertilidad afirma que las personas con problemas de fertilidad presentan aislamiento social y personal, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y problemas en las relaciones de pareja. [14]

Un meta análisis publicado en el 2011, en donde se estudiaron a 3583 mujeres infértiles tiene como resultado que entre el 25% y el 65% de las pacientes sometidos a tratamientos de reproducción asistida, presentan en algún momento síntomas clínicos de cierta significación como predominio de la ansiedad, pero se observa también en proporciones importantes síntomas

de desesperanza, culpabilidad, baja autoestima y problemas en la relación de pareja. [19]

En un estudio sueco, publicado en el año 2008, analiza la prevalencia de los desórdenes psicológicos en mujeres infértiles, se encontró que un 30% cumplían criterios para un trastorno de ansiedad, incluyendo diagnósticos sub-clínicos. La sintomatología ansiosa estaba más presente en el grupo objeto de estudio que la población general. [20]

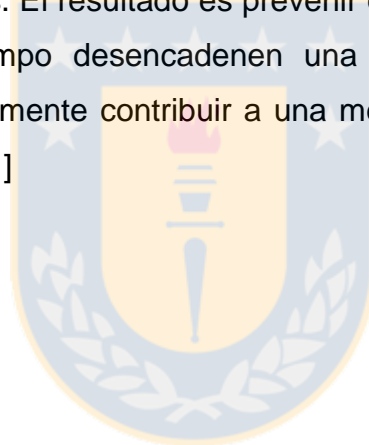
Después de periodos de intensa esperanza y optimismo que se alternan con angustia, culpa y frustración, poco a poco van aceptando su incapacidad para concebir, al igual que cuando se pierde a un ser querido, la pareja pasa por un periodo de duelo y abandona la posibilidad de la concepción, aceptando la infertilidad como una limitación personal. Y luego de aceptarla comienza a buscar ayuda a los especialistas. [21].

Es importante destacar el diagnóstico de infertilidad y el significado psicológico que la persona le atribuye a ese diagnóstico. La interacción de la pareja con su red de relaciones familiares y sociales, así como las creencias presentes en el entorno cultural influirán en la respuesta emocional a la experiencia de infertilidad. Finalmente, el acceso a un adecuado tratamiento también incide en la respuesta psicológica. [21].

La infertilidad es un evento que en general es adverso y estresante, algunas personas pueden afrontar más adecuadamente los sentimientos que produce mientras que para otros puede ser una experiencia devastadora, desencadenando trastornos emocionales o un marcado aislamiento social. Estudios recientes sugieren que el estrés puede influir en el resultado de los tratamientos de infertilidad. Esta evidencia ha llevado a estudiar y desarrollar instrumentos que describen y miden el estrés específico que desencadena la infertilidad. Este se describe como un estrés crónico, derivado de una

condición persistente en el tiempo y que se percibe como amenaza a importantes "dominios" del desarrollo psicológico o de los roles sociales. [22]

Las alteraciones de la fertilidad constituyen uno de los principales problemas de salud reproductiva. La revisión de la literatura permite concluir que, si bien no se puede afirmar que los conflictos psicológicos o los problemas emocionales produzcan infertilidad, existen diversas formas de reaccionar a esta condición basada en el énfasis de uno u otro estilo personal de enfrentamiento del estrés, el cual se desarrolla a partir de las experiencias vitales del sujeto y sus características de personalidad. Estos estilos son susceptibles de cambio mediado por la exposición a experiencias que orienten esos cambios. El resultado es prevenir que las emociones negativas sostenidas en el tiempo desencadenen una depresión u otro trastorno psicológico y eventualmente contribuir a una mejor respuesta al tratamiento de dicha patología. [21]



HIPÓTESIS

- Las mujeres con diagnóstico de infertilidad que han recibido tratamientos de fertilización In Vitro presentan mayores problemas de ansiedad, desesperanza y autoestima respecto de mujeres fértiles de similares características biodemográficas.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima presentes en las mujeres infértiles sometidas a procedimientos de reproducción asistida de alta complejidad en el Instituto de Medicina Reproductiva de Concepción, durante los meses de junio a diciembre del año 2012 comparadas con mujeres fértiles.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir perfil biosocial de las mujeres infértiles y mujeres fértiles.
2. Comparar el nivel de ansiedad presente en mujeres de ambos grupos.
3. Comparar el nivel de desesperanza en ambos grupos
4. Comparar el nivel de Autoestima en ambos grupos.
5. Comparar el apoyo social percibido en ambos grupos.

MATERIAL Y MÉTODO

Población en estudio

Universo: Mujeres con el diagnóstico de infertilidad, que han sido sometidas a procedimientos de reproducción asistida de alta complejidad, en el centro de medicina reproductiva de Concepción, Octava Región, Chile. En el periodo Junio a diciembre 2012.

Muestra: La muestra fue no probabilística, se obtuvo de manera intencionada, reclutando a 40 mujeres diagnosticadas como infértiles por causa femenina sometidas a tratamiento de fertilidad de alta complejidad, comparadas con un grupo control o testigo de 40 mujeres fértiles cursando un embarazo.

Unidad de análisis: mujeres infértiles que reciban atención en el Centro de Fertilidad y Medicina Reproductiva Concepción S.A. y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión y que acepten participar del estudio previo consentimiento informado.

Como **criterios de inclusión** se consideraron: Mujeres con el diagnóstico de Infertilidad según la OMS, sometidas a procedimientos de reproducción asistida de alta complejidad, entre 20 y 45 años, chilenas, sin hijos, heterosexuales, mujeres con óvulos propios.

Como **criterios de exclusión** se descartaron: mujeres en estudio para definir infertilidad ya que no presentan aún el diagnóstico, menores de 20 años porque no hay pacientes menos de 20 años con infertilidad en el centro de fertilidad y mayores 45 años debido a que estas mujeres se les realiza otro tipo de procedimientos, homosexuales pues no habían mujeres con estas características, con ovocito donados pues estas pacientes ingresan a otro tipo de programa, que no contesten todos los instrumentos aplicados.

Tipo de estudio: Estudio transversal, correlacional [23], en donde se reclutó mujeres infértiles y se pareó con mujeres fértiles de similares características biosociales para asegurar la correspondencia de dos variables independientes, que fueron: el nivel educacional y la actividad laboral.

Recolección de la información: para la recolección de la información se utilizó un cuestionario construido para rescatar antecedentes biosociales y se aplicaron escalas para valorar las variables de salud mental en estudio, que a continuación se detallan: inventario de ansiedad de Beck, escala de desesperanza de Beck, el test de autoestima de Rosenberg; el apoyo social percibido, considerada variable confundente, a través de la escala de Zimet.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos de las encuestas a las mujeres fueron ingresados a una base de datos Excel la que fue analizada mediante la suite estadística SPSS versión 19.0.

El análisis univariado de carácter descriptivo para las variables cuantitativas se realizó mediante media, desviación estándar, mínimo y máximo. Mientras que las variables cualitativas se presentan en frecuencia absoluta y relativa.

El análisis bivariado para realizar correlacionales se aplicaron en variables cuantitativas t de student y Mann Whitney, y para las variables cualitativas Chi cuadrado y test exacto de Fisher.

Para cada test empleado en este análisis se consideró un nivel de significancia de 0,05, esto quiere decir, que cada vez que el p-valor asociado a un test es menor que 0,05 se considera significativo.

Lugar y periodo de investigación

Centro de fertilidad y medicina reproductiva Concepción S. A. y el Servicio de Maternidad de la Clínica de la Mujer, Sanatorio Alemán Octava Región. Entre junio a diciembre 2012

Aspectos Éticos

Cada participante fue reclutada para el estudio, previo consentimiento informado.

El protocolo de la investigación fue aprobado por el comité de ética de la facultad de medicina de la Universidad de Concepción y aprobado por el director médico del centro de fertilidad y medicina reproductiva S A.

Este consentimiento resguardó los aspectos éticos de los siete requisitos éticos de la investigación en seres humanos propuestos en los postulados de Ezequiel Emanuel y considerados en las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas desde el año 2002. [24]

Variables del estudio:

Independientes

Edad, conducta sexual, antecedentes médicos y ginecológicos como embarazo ectópico, síndrome de ovario poliquístico, endometriosis, infecciones de transmisión sexual, abortos, proceso inflamatorio pélvico, hipotiroidismo.

Se considera como variable confundente el apoyo social percibido que corresponde a un complejo constructo que tiene tres dimensiones: estructura, función y percepción de calidad. A nivel conceptual, en el último tiempo adquieren vigencia las propuestas de Saranson *et al.* (1990) y Thoits

(1992), que suponen una progresiva subjetivación del concepto de apoyo social. Se propone que la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido. La percepción o creencia que el apoyo emocional está disponible parece influir mucho más fuertemente sobre la salud mental que el apoyo social efectivamente recibido en un momento determinado y que se evaluó mediante la escala de apoyo social percibid de Zimet validada en Chile en el año 2002 con una confiabilidad de 0,86 y 0,88 que se encuentran dentro del rango, consta de 12 preguntas que corresponden a los dominios de familia, amigos, y otros significativos. [25]

Dependientes:

A) **Ansiedad:** es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadro clínicos que comparten, como rasgo común, extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, social, o bien el laboral. [26]

Para fines de este estudio se utilizó el inventario de ansiedad de Beck fue diseñado en el año 1978 específicamente para medir "la ansiedad clínica", el estado de "ansiedad prolongada" [27]. Es una escala que mide de manera auto informada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos

compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada. Ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación. Validado en Chile el año 2007 y que tiene una confiabilidad de 0,68 y 0,89 que está dentro del rango esperado. [28]

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. [28]

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–21 - Ansiedad muy baja

22–35 - Ansiedad moderada

Más de 36 - Ansiedad severa

B) **Desesperanza:** se evalúa aquí la actitud del sujeto hacia las expectativas futuras. Para fines de este estudio se utilizó la escala de desesperanza de Beck, creada en el año 1974. [29] Validado en Chile el año 2006 y que tiene una confiabilidad de entre 0,82 y 0,84 que se considera aceptable. Consta de 20 ítems. El sujeto valora si aplicados a él son verdaderos o falsos. Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso".

El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

C) **Autoestima:** es la valoración que tiene el individuo acerca de si mismo, de su manera de ser , de su relación con otros. Esta valoración que se realiza incorpora el conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad.[30]

Para fines de este estudio se utilizó el test de autoestima de Rosenberg creado el año 1965. La Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países. [31] En Chile fue validada el año 2009 y que tiene una confiabilidad de 0,754 encontrándose dentro del rango esperado para este instrumento, que fluctúa entre 0,72 y 0,89. Se puede señalar que la EAR cumple con los criterios de validez y confiabilidad de un instrumento de calidad para medir la autoestima en Chile. [31]

Rosenberg entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. La escala fue dirigida en un principio a adolescentes, hoy se usa con otros grupos etarios. Su aplicación es simple y rápida. Cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (ejemplos, sentimiento positivo: " creo que tengo un buen número de cualidades " sentimiento negativo: " siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mi"). Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde " muy de acuerdo" a " muy en desacuerdo" .Los resultados según puntaje se expresan de la siguiente forma los valores van de la siguiente forma: Autoestima elevada (30-40 puntos) ; Autoestima media (26-29 puntos) y Autoestima baja (igual o menor a 25 puntos)

RESULTADOS

El estudio se realizó en una muestra total 80 mujeres de las cuales 40 mujeres estaban tratadas por infertilidad, consideradas casos; y 40 mujeres eran gestantes, sin antecedente de este diagnóstico, consideradas controles. Variables de nivel educacional y actividad laboral fueron pareadas para caso testigo y todas las mujeres tenían educación superior completa y se desempeñaban como profesionales activas diversos tipos de fuente laboral que reconoce similares ingresos.

I.- Perfil biosocial

El rango de edad de las mujeres estudiadas se observó entre los 22 y 41 años, cuyo promedio por grupo fue de 35,75 años para las mujeres infértiles (DE 3,09, con un mínimo de 30 y un máximo de 41 años), mientras que las mujeres fértiles tuvieron un promedio de edad de 29,4 años (DE 3,44, con un mínimo de 22 y un máximo de 38 años). Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,0001$. (t de student)

Al describir parámetros físicos como el peso de las mujeres, se observa un promedio de peso en las mujeres infértiles de 64,93 Kg. (DE 9,46, con un mínimo de 48 y un máximo de 85 kilos). Mientras que las mujeres fértiles presentan un promedio de 62 Kg. (DE 5,45, con un mínimo de 50 y un máximo de 71 kilos de peso). En este mismo sentido, el índice de masa corporal (IMC) se observó que el promedio para mujeres infértiles fue de 25,94 mientras que para mujeres fértiles fue de 24,88 aunque se reconoce una tendencia mayor hacia la condición de sobrepeso y obesidad en las mujeres infértiles, esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa. (t de student)

El análisis de la conducta sexual se realizó a través de tres variables que consideraron la edad de inicio de la vida sexual, el número de parejas

sexuales y la frecuencia de relaciones sexuales: Se pudo observar que el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales para mujeres infértiles fue de 18,6 años (DE 2,13) (mínimo 16 – máximo 24); mientras que para las mujeres fértiles fue de 20,15 años (DE 2,03) (mínimo 17 – máximo 25). El promedio de parejas sexuales correspondió a 3,05 en las mujeres infértiles (DE 1,11) (mínimo 1 – máximo 6) y de 2,48 parejas sexuales en las mujeres fértiles (mínimo 1 – máximo 5). Mientras que el promedio de frecuencia de las relaciones en las mujeres infértiles fue de 2,5 veces por semana (mínimo 1 – máximo 3) y en las mujeres fértiles dicho promedio fue de 2,98 (DE 0,28) (mínimo 2 – máximo 4) . Se pudo identificar que el grupo de mujeres infértiles tuvo mayor cantidad de parejas sexuales pero menor frecuencia en la actividad sexual en comparación con las mujeres fértiles que tuvieron más actividad sexual con un menos número de parejas, Ambas diferencias fueron estadísticamente significativa con un valor de $p = 0,0082$ (prueba de Mann Whitney),

I.1.-Antecedentes de las patologías crónicas y/o gineco-obstétricas previas

El análisis de los antecedentes de enfermedades previas releva en las mujeres con tratamiento de infertilidad la presencia de patologías previas como un antecedente que resulta significativo respecto de las mujeres fértiles. Se puede destacar el Síndrome de ovario poliquístico presente en un 50% de ellas, versus el 7,5% en el grupo control; la existencia de procesos inflamatorios pelvianos en un 37,5% versus un 2,5% y el antecedente de Endometriosis en donde un 30% de las mujeres infértiles lo tienen, estas diferencias resultan ser estadísticamente con un valor de $p < 0.0001$. Para detalles de éstas y otras patologías se puede observar tabla N° 1.

Tabla N° 1: Distribución de las mujeres infértiles y fértiles según antecedentes de patología crónica y/o gineco-obstétrica

Antecedentes Patología	Mujeres				Pruebas de significación	
	Infértiles		Fértiles		p-valor	Estadístico
	N	%	n	%		
Embarazo ectópico						
Si	10	25	4	10	0,077	Chi Cuadrado
No	30	75	36	90		
Hipotiroidismo						
Si	8	20	2	5	0,043	Chi Cuadrado
No	32	80	38	95		
Síndrome de Ovario Poliquístico						
Si	20	50	3	7,5	<0,0001	Chi Cuadrado
No	20	50	37	92,5		
Endometriosis						
Si	12	30	0	0	<0,0001	Chi Cuadrado
No	28	70	40	100		
Infecciones de transmisión sexual						
Si	8	20	0	0	0,005	Fisher
No	32	80	40	100		
Abortos						
Si	10	25	3	7,5	0,034	Chi Cuadrado
No	30	75	37	92,5		
Antecedente de proceso inflamatorio pelviano						
Si	15	37,5	1	2,5	<0,0001	Chi Cuadrado
No	25	62,5	39	97,5		
Total	40	100	40	100		

II.- Caracterización de Salud Mental

II.1.- Ansiedad

La evaluación de este ámbito se realizó mediante la escala de Ansiedad de Beck. En el análisis del grupo estudiado se puede observar que el 57,5 % de las mujeres infértiles poseen un nivel de ansiedad moderada y severa mientras que solo el 2,5% de las mujeres fértiles presentan dicha condición y ninguna en el nivel de severidad. Resultado que es estadísticamente significativo con un valor de $p < 0,001$. Lo que se observa en la tabla N°2

Tabla N°2: Comparación del nivel de ansiedad presente entre mujeres infértiles y fértiles, según escala de ansiedad de Beck.

Nivel de Ansiedad	Mujeres				Pruebas de significación	
	Infértil		Fértil		p-valor	Estadístico
	n	%	n	%		
Muy baja	17	42,5	39	97,5	<0,0001	Fisher
Moderada	4	10	1	2,5		
Severa	19	47,5	0	0		
Total	40	100	40	100		

II.2.- Desesperanza

Del mismo modo se evaluó el nivel de desesperanza a través de la escala de desesperanza de Beck: cuyo análisis arrojó que el 62,5% de las mujeres del grupo de infértiles presentó un alto nivel de desesperanza, mientras que las mujeres fértiles no presentan dicha condición. Resultado que es estadísticamente significativo con un valor de $p < 0,0001$. Esto se observa en la tabla N°3.

Tabla N°3: Comparación del nivel de desesperanza entre mujeres infértiles y fértiles, según escala de Beck

Nivel de desesperanza	Mujeres				Pruebas de significación	
	Infértil		Fértil		p-valor	Estadístico
	n	%	n	%		
Bajo	15	37,5	40	100	<0,0001	Chi cuadrado
Alto	25	62,5	0	0		
Total	40	100	40	100		

II.3.- Autoestima

La autoestima se observó baja en el 55% de las mujeres infértiles y un nivel medio para el 2,5% del mismo grupo. Mientras que el 100% de las mujeres fértiles presentaron una autoestima alta. Resultados que resultan ser estadísticamente significativos con un valor de $p < 0,0001$. El detalle de la distribución de autoestima se observa en la tabla N°4

Tabla N°4: Distribución del nivel de autoestima en las mujeres infértiles y fértiles.

Nivel de Autoestima	Mujeres				Pruebas de significación	
	Infértil		Fértil		p-valor	Estadístico
	n	%	n	%		
Baja	22	55	0	0	<0,0001	Fisher
Media	1	2,5	0	0		
Alta	17	42,5	40	100		
Total	40	100	40	100		

II.4.- Apoyo Social

Al evaluar el apoyo social percibido aplicando la escala de Zimet que recoge tres dominios: familia, amigos y otros. Se pudo observar entre ambos grupos en general, una media de 12,85 puntos en un rango de 6-16 puntos para la familia; una media de 7,5 puntos para amigos con un mínimo de 5 y un máximo de 14 puntos mientras que el ítem otros se obtuvo una media de 13,1 puntos con un mínimo de 6 y un máximo de 16 puntos. En cuanto a la diferenciación por grupo, en el grupo en estudio se obtuvo que el 50% de las mujeres infértiles perciben un bajo apoyo social a diferencia de las mujeres fértiles en donde ninguna tuvo esa percepción, resultando estadísticamente significativo con un valor de $p < 0,0001$, como se observa en la tabla N°5

Tabla N°5: Comparación del nivel de apoyo social percibido entre mujeres infértiles y fértiles.

Apoyo percibido	Mujeres				Pruebas de significación	
	Infértil		Fértil		p-valor	Estadístico
	n	%	n	%		
Bajo	20	50	0	0	<0,0001	Chi cuadrado
Mediano	8	20	23	57,5		
Alto	12	30	17	42,5		
Total	40	100	40	100		

Al analizar por dimensión de percepción de apoyo social, es decir familia, amigos y otros significativos. Se puede identificar que en todas las dimensiones evaluadas, la percepción del apoyo social es menor en la mujer infértil, resultando estadísticamente significativa con un p valor $< 0,0001$. Situación que se observa en la tabla N° 6.

Tabla N° 6: Determinación del apoyo social según dimensiones de la escala de Zimet entre mujeres infértiles y fértiles

Nivel de percepción	Mujeres				Prueba de significación	
	Infértil		Fértil		p-valor	Estadístico
Familiar	n	%	n	%		
Bajo	21	52,5	0	0	<0,0001	Chi cuadrado
Mediano	17	42,5	19	47,5		
Alto	2	5	21	52,5		
Amigos						
Bajo	17	42,5	6	15	<0,0001	Chi cuadrado
Mediano	4	10	26	65		
Alto	19	47,5	8	20		
Otros						
Bajo	23	57,5	0	0	<0,0001	Chi cuadrado
Mediano	4	10	15	37,5		
Alto	13	32,5	25	62,5		
Total	40	100	40	100		

DISCUSIÓN

El promedio de edad observado en las mujeres infértiles en el grupo estudiado es de 35,7 años, promedio que es mayor a los 30,2 años de un estudio venezolano publicado el año 2010 donde se evalúan a 100 mujeres infértiles [32] y tampoco concuerda con un estudio mexicano del año 2008 donde se estudian a 220 mujeres infértiles que tienen un promedio de 29,6 años [33]. Sin embargo en ambos estudios [32,33], al igual que esta investigación destacan que a mayor edad, mayor es la probabilidad de sufrir infertilidad. Existe además una publicación en el año 2013 de la American Society For Reproductive Medicine donde indica que la mejor edad reproductiva de una mujer es cerca de los 20 años. La fertilidad disminuye gradualmente a partir de los 30 años, sobre todo después de los 35. Cada vez que una mujer sana de 30 años se intenta embarazar tiene una probabilidad del 20%. A los 40 años la probabilidad de lograr un embarazo es inferior al 5 % por ciclo. Dichas cifras coinciden en su totalidad con este estudio [34]

Al describir el peso de las mujeres, se observa un promedio en las mujeres infértiles de 64,93 Kg, Mientras que las mujeres fértiles presentan un promedio de 62 Kg. El presente estudio encontró que el índice de masa corporal para las mujeres infértiles es de 25,9, valor idéntico al encontrado en el estudio mexicano con 25,9 IMC para este mismo grupo de mujeres, entregando un resultado significativo con un $p < 0,001$. [33] Lo que reafirma este concepto asociado a malnutrición por exceso en el grupo de mujeres infértiles.

El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales para mujeres infértiles fue de 18,6 años, mientras que en el estudio mexicano fue de 22,1 años para el mismo grupo. [33]. Otro estudio demuestra que el inicio de la vida sexual en la población mexicana en el 2011 en el 75% de los casos fue a los 20

años [35]. Se puede observar que las mujeres mexicanas de los estudios señalados comenzaron más tardíamente la vida sexual activa en relación al grupo chileno estudiado.

En el presente estudio se observa que el 20% de las mujeres infértiles presenta infecciones de transmisión sexual, y el 37,5 % de los casos tiene antecedentes de proceso inflamatorio pélvico. En el estudio mexicano solo el 2,7% de las mujeres infértiles presentan enfermedades de transmisión muy por debajo de nuestro estudio. Sin embargo los antecedentes de procesos inflamatorios pélvicos están presentes en el 40,9% de los casos siendo algo mayor que en la presente investigación. [33]. Esta situación se puede explicar, respecto de la forma de abordaje de la valoración ginecológica que se realiza en estos dos países y que puede ser entonces más bien una diferencia asociada al abordaje que se realiza en la anamnesis más que a la presencia de la infección de transmisión sexual en sí misma.

En las pacientes con el diagnóstico de infertilidad ha aumentado la presencia de depresión y ansiedad. En los resultados del presente estudio la ansiedad se observó en un 47,5 % con diferencias significativas frente al grupo control. Situación que se corrobora en el estudio publicado en 2015, en donde de 208 mujeres infértiles en Irán se observó altos niveles de depresión y presencia de ansiedad en el 45,8% . [36]. Cifras que se asemejan a los resultados obtenidos en el presente estudio.

Otro estudio realizado en población noruega y publicado a principios del año 2015 en 12.584 mujeres de entre 19 y 45 años vuelven a corroborar el aumento de sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres con diagnóstico o tratamiento de infertilidad.[37] En este mismo estudio se describe que el 40 % de las mujeres infértiles presentan niveles de ansiedad severa, y el 60 % presenta cifras de desesperanza elevada. Situación que ocurre en 47,5% y 62,5% para ansiedad y desesperanza respectivamente, de las mujeres del

presente estudio . A pesar de ser un numero significativamente menor de mujeres estudiadas los datos obtenidos son bastantes similares en ambos estudios.

La desesperanza en el grupo de mujeres infértiles estuvo presente en el 62,5% de los casos, situación que se asemeja a la descrita internacionalmente. Un meta – analisis, publicado el año 2011 se describe que la infertilidad afecta al 15% de la población fértil, y de 3583 mujeres infértiles estudiadas el 55 % presentan nivel de desesperanza alto, y buscan ayuda médica para manejar esta situación, muchas mujeres creen que esta señal de desesperanza contribuye al fracaso en un tratamiento para lograr el embarazo por lo que solicitan ayuda. [38]

En el año 2013 se publica un estudio realizado a 1406 parejas infértiles donde se estudia la asociación desesperanza con infertilidad. Se describe dentro de los resultados del estudio que sí está asociada la desesperanza con la infertilidad, el 11,6 % presentaban desesperanza elevada comparado con las mujeres fértiles que presentaban 4,3% dando un $p < 0,001$ [39] en este estudio se presenta un 62,5% la desesperanza alta en las infértiles mientras que en las fértiles un 0 % por lo que nos da un p significativo $<0,0001$. Todas las cifras encontradas demuestran que la presencia de desesperanza es una de las lesiones de la salud mental más importantes presentes en las mujeres infértiles.

En este estudio se describe que el 55% de las mujeres infértiles presentan la autoestima baja. Un estudio realizado en Berlín en año 2014 a 158 mujeres infértiles dió como resultado que el 55,8% presentan baja autoestima. Se describe que esta patología tiene un impacto negativo en las mujeres . [40] Cifra que es muy similar a la encontrada en el presente estudio. Sin duda, la autoestima es un factor que se ve alterado también frente a esta patología, que se reafirma en los estudios encontrados.

El apoyo social percibido en este estudio determinó que el 50% de las mujeres infértiles percibe bajo apoyo, mientras que en un estudio publicado el año 2014 , en 238 mujeres infértiles de Chicago, se determinó que el 56,4 % de los casos percibía bajo apoyo social, lo que también se resultó ser estadísticamente significativo con un $p < 0,001$. [41]. Así el apoyo social se transforma en una dimensión necesaria de ser evaluada en toda mujer que es diagnosticada con infertilidad.



CONCLUSIONES

La edad promedio de las mujeres estudiadas fue mayor en las mujeres infértiles, del mismo modo el número de parejas, diferencias estadísticamente significativas. Mientras que para el IMC, no se logra demostrar significación estadística.

El perfil de mujeres estudiadas demostró una diferencia estadísticamente significativa con patologías ginecológicas clásicas consideradas de riesgo para la infertilidad como lo son: ovario poliquístico, infecciones de transmisión sexual y endometriosis.

A pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas en el índice de masa corporal, se observa una tendencia al sobrepeso y obesidad en el grupo de estudio. Situación que es de preocupación hoy en día para reconocerlo también como una condición de riesgo.

Los niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima se encontraron realmente deficitarios en las mujeres infértiles, todas cifras estadísticamente significativas.

Del mismo modo, el apoyo social percibido fue bajo, en las tres dimensiones evaluadas en las mujeres infértiles, situación que confirma una vez más la necesidad de trabajar con la mujer y personas significativas a ella ya sea familia y / o amigos.

Finalmente, los resultados expuestos confirman la hipótesis planteada "las mujeres con tratamiento por infertilidad presentan mayores problemas de ansiedad, autoestima y apoyo social respecto de mujeres fértiles de similares características biodemográficas".

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Muestra pequeña.
- La investigación se realiza a mujeres con el diagnóstico de infertilidad en el momento que las pacientes comienzan su procedimiento de fertilización in vitro.
- Las mujeres fértiles con las que se comparan son gestantes que cursan la etapa final de embarazo.



- **PROYECCIONES**

Un aspecto de creciente interés es la evaluación de la mujer infértil tanto desde el aspecto biológico como psicológico

La integración de un profesional de la salud mental en el equipo de tratamiento de la infertilidad tiene el potencial de reducir la angustia, la ansiedad, la desesperanza y mejorar la autoestima. Lo que sin duda, repercutiría en la respuesta de las mujeres al manejo en si de la infertilidad.

Si no hay psicóloga, la profesional matrona debe capacitarse en manejo inicial y abordaje adecuado para la pesquisa oportuna y derivación.

Lamentablemente hoy se observa de manera mas evidente el aumento de la consulta y diagnóstico de esta patología en las mujeres, lo que significa el desarrollo de un campo laboral del profesional matron/matrona a nivel de especialidad, con las herramientas antes señaladas para dar una atención de la mas alta calidad, como toda atención que en salud sexual y reproductiva reconoce la matroneria en el compromiso de la población que atiende.

Este trabajo constituye un punto de partida para reconocer las características de mujeres que acuden a un sistema privado de atención, que al parecer no por poseer mejores recursos económicos pueden afrontar de manera adecuada la demanda emocional que este tipo de patologia conlleva. Por lo que si como política publica se implementa este tipo de atención a nivel del sistema publico, debe considerarse la necesidad de un equipo interdisciplinario para el abordaje y acompañamiento integral de las mujeres , sus parejas y familias en esta condición.

Este trabajo además puede ser la base de un estudio mas amplio que permita un seguimiento de la adaptación de las parejas al período de crianza,entre otros que son relevantes en la construcción de familia con hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Fuentes G A. Fecundidad y fertilidad: aspectos generales. Rev Fertility and Sterility. 2010 Feb 21(3) :337-346
- 2- Montalván B, Dos Santos O, Montalván B , Marín M. La depresión como consecuencias de la infertilidad en mujeres. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009, enero 41 (2): 31-38
- 3- World Health Organization. The epidemiology of infertility. Report of a WHO scientific group. Technical Report Series 1975; 582:1-37
- 4- Rowe PJ, Comhaire FH, Hargreave TB, Mellows HJ. Manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertility couple. World Health Organization .New York Cambridge University Press, 1993.
- 5- Suls J, Rothman A, Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health. Health Psychology, Vol 23(2), Mar 2004, 119-125. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.119>
- 6- Duque G, Albornoz J. El factor tubárico en la era de la Fertilización In Vitro. Rev Fertility and Sterility. 2010; 21(3): 397-402.
- 7- Matorras W R. La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas. Sociedad Española de Fertilidad. 1ª edición. España: Coroleu B , Romeu A, Perez F. 2011. 367 p.
- 8- Boivin J. Rice F. Hay D. Harold G. Lewis A van de Bree M y cols. Associations between maternal older age family environment and parent and child wellbeing in families using assisted reproductive techniques to conceive. Science and Medicine. 2009; 68(11): 1948 – 1995

- 9- Registro Latinoamericano de reproducción asistida anual . Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. 2007.
- 10- Antequera R. Moreno C. Jenaro A. Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. Papeles del psicólogo. 2008; 29 (2) : 167 – 175
- 11- A. Pinborg A., Hougaard C.O., Nyboe Andersen A., Molbo D., and Schmidt L. Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. Human Reproduction. 2009; 24 (4):991-999
- 12- Brugo-Olmedo. S., Chillik. C., Kopelman. S. Definición y causas de la infertilidad. Rev Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2003 54(4):227-48
- 13- Mansilla. M. J. Respuestas adaptativas de la mujer en tratamiento de infertilidad en el plano de la salud sexual y reproductiva. [disertación] [Chile]. Universidad Austral de Chile. 2006. 67 p.
- 14- Moreno A. Guerra D. procesos emocionales en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida. Guías de evaluación consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. Revista Iberoamericana de Fertilidad 2007; 26 (6):11-17.
- 15- Wischmann T., Stammer H., Scherg H., Gerhard I., Verres R - Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg fertility Consultation Service. Human Reproduction. 2001; 16(8):1753 – 1761.

- 16-Wischmann TH. Psychogenic Infertility—Myths and Facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 2003;20(12):485-494. doi:10.1023/B:JARG.0000013648.74404.9d.
- 17- Marsch B. Possible psychogenic aspects of infertility. *Fertility and Sterility* 1951; 2:70-79
- 18- Greil AL. Infertility and Psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science and Medicine* 1997; 45 (11): 1967-1704
- 19-Boivin J. Griffiths E. Venetis CA. Emotional distress in infertile woman and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *British Medical Journal* 2011: 342:D 223
- 20-Volgsten H, y cols. Prevalence of psychiatric disorders in infertile woman and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction* 2008; 23 (9):2056- 2063.
- 21-Monroy A. Estadios psicológicos de la pareja infértil. *Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología*. 2013, 20 (1) 12-49
- 22-Ramos R R., Romero G R., Abortes M I., Medina S H. Factores de riesgo asociados con infertilidad femenina. *Rev. Ginecol Obstet Mex* . 2008. 76(12):717-21
- 23-Hernández S R., Fernández C C ., Baptista L P. Metodología de la investigación científica. 5° edición Mc Graw-Hill. Capítulo 7. Pag 118 – 169. 2010. ISBN 978 – 607 – 15 – 0291- 9

- 24- Lolas F & Quezada A. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. Serie de Publicaciones. Programa regional de bioética. 2003 OPS/OMS. ISBN 956-7938-04-0
- 25-Arechabala M. y Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. Cienc. Enferm. 2002, vol.8, n.1 [citado 2015-03-12], pp. 49-55.
- 26- Virues R. Estudio sobre ansiedad. Rev Psicología Clínica y Psicoterapia México 2005. 56(21):17-22
- 27-Beck Anxiety Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1978
- 28- Sanz J. Vázquez C. evaluación del inventario de Beck consejo nacional del colegio general de psicólogos, fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck, volumen 10. 1998. Rev Psicothema. 303- 318
- 29-Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. J. The measurement of pessimism: The hopelessness scales. Journal of consulting and clinical psychology. 1994 42 (6), 861-865.
- 30- Bonet J. Sé amigo de ti mismo: manual de Autoestima. Sal Terrae. Maliaño. Cantabria España. ISBN 1997. 978 – 84 – 293 – 1333-4
- 31-Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Society of the adolescent self-image 1965; 11(2) Vol. 148 no. 3671 p. 804

- 32- Urdaneta J M, Vera J C, García J I, Babel N Z, Contreras A B, Insulina resistencia en mujeres infértiles. Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2010 , 75 (3) : 153 – 161
- 33-Romero R. Abortos I. Medina G. Factores de riesgo asociados con infertilidad femenina. Rev Gynecol Obstet Mex 2008; 76(12):717 -21
- 34- American Society for Reproductive Medicine. Edad y fertilidad , Guia para pacientes. 2013.
- 35- Villa G O. Perfil de salud reproductiva, México. Consejo Nacional de Población. CONAPO . 2011. 41 – 64.
- 36- Maroufizadeh S. Karimi E. Vesali S .Samani O. Anxiety and depression after treatment failure of reproduction asistid patients suffering infertility. Int J Gynaecol Obstet.2015 Jun 10. pii: S0020-7292(15)00323-9. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.03.044
- 37-Biringer . E. , Howard M. , Kessler U. , Stewart R, Mykletun A. 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 & Gynecology . 2015. 36:2 , 38-45
- 38- Boivin J Griffiths E, Venetis C A. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. Rev BMJ. 2015. 342:d223. doi: 10.1136/bmj.d223

- 39- Brennan D. Peterson, Camilla S. Sejbaek, Matthew Pirritano, and Lone Schmidt. Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Hum. Reprod.* 2014 29: 76-82.
- 40- Wischmann T, Schilling K, Toth B, Rösner S, Strowitzki T, Wohlfarth K, Kentenich H. Geburtshilfe Frauenheilkd. Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2014 Aug;74(8):759-763.
- 41- Erdem, K., & Ejder Apay, S A. Sectional Study: The Relationship between Perceived Social Support and Depression in Turkish Infertile Women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 2014. 8(3), 303–314.



ANEXOS:

Consentimiento informado

Cuestionario de recolección de información.

ESCALAS APLICADAS:

- 1- Inventario de Ansiedad de Beck
- 2- Escala de desesperanza de Beck
- 3- Escala de autoestima de Rosenberg
- 4- Escala Multidisciplinaria de apoyo social percibido de Zimet





Consentimiento Informado

Estimada Señora, a Ud., se le invita a participar de una investigación denominada Perfil de salud mental en mujeres infértiles, a cargo de la matrona Valeska Jara Riquelme. Alumna tesista del programa de Magíster en Salud Reproductiva de la Universidad de Concepción.

Este estudio tiene como objetivo analizar el perfil de salud mental de las mujeres infértiles sometidas a procedimientos de reproducción asistida de alta complejidad en el Instituto de Medicina Reproductiva de Concepción, durante los meses de junio a diciembre del año 2012 versus mujeres fértiles, de similares características bio-sociales pertenecientes al Centro de fertilidad y medicina reproductiva, Concepción.

Para la realización de esta investigación, se le solicitarán algunos datos de sus antecedentes sociodemográficos, de salud y 4 escalas de auto reporte las cuales deberá llenar con los datos que se solicitan con la mayor sinceridad posible.

Toda la información generada con este propósito es de carácter confidencial y será utilizada con los fines exclusivos de esta investigación. La información en cuanto a resultados es de carácter anónimo por lo que no se verá identificada en ningún momento.

En cualquier momento que lo desee, usted puede retirarse de esta investigación. Esto puede llevarse a cabo contactándose con la encargada, la Matrona Valeska Jara Riquelme, al número 98186943 o en Clínica de mujer, Sanatorio alemán, 4° piso, en el Instituto de Medicina Reproductiva.

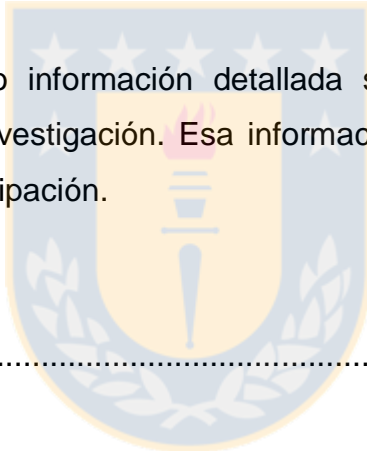
Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en este estudio.

Se me informó que:

- se someterá a una entrevista personal en la cual se realizará un set de encuestas, además de los datos que se obtendrán de la ficha clínica.
- En cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación.
- Se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de mis datos personales y de los resultados.
- Se me ha brindado información detallada sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación. Esa información podrá ser ampliada una vez concluida mi participación.

FIRMA:.....

LUGAR Y FECHA:.....



Perfil de salud Mental en mujeres infértiles

Cuestionario de datos bio-sociales:

Edad actual (en años cumplidos): _____

Talla: _____ Peso: _____

Edad de inicio de relaciones sexuales: _____ años

Número de parejas sexuales: _____

Frecuencia de relaciones sexuales: _____ Semanal

Antecedentes biomédicos :

	Si	No
Embarazo Ectópico		
Abortos		
Síndrome de Ovario Poli quístico		
Endometriosis		
Infección de transmisión sexual		
Proceso inflamatorio pélvico		
Hipotiroidismo		
Otra . Cuál?		

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Instrucciones: Marque con una cruz, la respuesta más adecuada a su condición

	<i>En absoluto (0)</i>	<i>Levemente, no me molesta mucho. (1)</i>	<i>Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo. (2)</i>	<i>Severamente, casi no pude soportarlo. (3)</i>
Hormigueo o entumecimiento				
Sensación de calor				
Temblores de piernas				
Incapacidad de relajarse				
Miedo a que suceda lo peor				
Mareo o aturdimiento				
Palpitaciones o taquicardia				
Sensación de inestabilidad e inseguridad física				
Terrores				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Temblores de manos				
Temblores generalizados o estremecimiento				
Miedo a perder el control.				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Sobresaltos				
Molestias digestivas o abdominales				
Palidez				
Rubor facial				
Sudoración (no debida al calor)				

ESCALA DE BECK

Instrucciones : Por favor señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.		
7. Mi futuro me parece oscuro.		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mi es más desagradable que agradable.		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo.		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré la más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.		
15. Tengo una gran confianza en el futuro.		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		
PUNTUACIÓN TOTAL		

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere mas apropiada

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE ZIMET

Instrucciones: marque con una cruz donde corresponda.

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre o siempre
Mi familia realmente trata de ayudarme				
Yo consigo ayuda emocional y apoyo de mi familia				
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia				
La familia está siempre atenta a ayudarme en toma de decisiones				
Mis amigos realmente tratan de ayudarme				
Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal				
Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas				
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos				
Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad				
Hay una persona especial con quien compartir mis alegrías y tristezas				
Tengo una persona especial que es una real fuente de consuelo y apoyo para mí				
Hay una persona especial con quien puedo compartir mis sentimientos.				

