

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PSICOCOLOGÍA DE LA SALUD**



**PROPUESTA DE UN MODELO PRONÓSTICO  
MALESTAR PSICOLÓGICO EN MUJERES ESTÉRILES**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**MTRO. JORGE CARREÑO MELÉNDEZ**

**COMITÉ TUTORAL**

**DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG**

**DRA. NORMA PATRICIA CORRES AYALA**

**DR. FRANCISCO MORALES CARMONA**

**DRA. MA. EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO**

**DRA. LILIA C. ARRANZ LARA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradezco**

A las mujeres participantes de esta investigación, su participación hace posible la culminación de este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por todo lo recibido.

Al instituto Nacional de Perinatología, por todo el conocimiento proporcionado.

Al comité tutorial por el tiempo dedicado a la realización del trabajo:

Tutora principal: Dra. Bertha Blum Gryberg

Tutora Adjunta: Norma Patricia Corres Ayala

Tutor Externo: Dr. Francisco Antonio Morales Carmona

JURADOS:

Dra. Ma. Emilia Lucio Gómez Maqueo

Dra. Lilia Cristina Arraz Lara

**A mi familia:**

A mis padres, Fermín Carreño Luna † y Esperanza Meléndez, por todo lo que han significado en mi vida, por sus enseñanzas.

A Guadalupe, por lo compartido y el acompañamiento.

A mis amadas hijas, Ana y Elisa por ser quien son.

A mis hermanos, por la vida que tuvimos.

A todos mis sobrinos(a), por compartir.

**A mis maestros:**

A la Dra. Bertha Blum Gryberg, por su  
generosidad en el conocimiento.

A la Dra. Patricia Corres Ayala, por permitir nuevos caminos.

Al Dr. Francisco Morales Carmona, por sus reflexiones.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo, por sus señalamientos agudos.

A la Dra. Lilia Arraz Lara, por el estímulo permanente a nuestro trabajo.

A la Dra. Claudia Sánchez Bravo, por el trabajo compartido por tantos años.

A la Dra. Guadalupe Mendoza Ramírez, por el tiempo dedicado y por sus enseñanzas.

## Índice

|   |            |
|---|------------|
| <i>Resumen</i> .....  | <i>IV</i>  |
| <i>Summary</i> .....  | <i>VII</i> |
| <i>Introducción</i> .....   | <i>X</i>   |
| <b>1. Reproducción y esterilidad</b> .....                              | <b>1</b>   |
| 1.1 Reproducción humana.....  | 1          |
| 1.2 Esterilidad.....  | 3          |
| 1.3 Esterilidad y cultura.....  | 17         |
| 1.4 Otros síntomas asociados a la esterilidad.....                      | 18         |
| <b>2. Salud psicológica en la mujer estéril</b> .....                   | <b>20</b>  |
| 2.1 La propuesta.....   | 28         |
| 2.2 Primera frontera.....   | 29         |
| 2.3 Segunda frontera.....   | 30         |
| 2.4 Tercera frontera.....   | 31         |
| 2.5 Categorías del malestar psicológico.....                            | 33         |
| 2.6 Grados de malestar psicológico en pacientes con esterilidad.....    | 34         |
| 2.7 Modelos teóricos que explican la concepción de la salud mental..... | 36         |
| <b>3. Afrontamiento y salud</b> .....                                   | <b>40</b>  |
| 3.1 Afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción..... | 45         |
| 3.2 Estilos y estrategias de afrontamiento.....                         | 46         |
| 3.3 Afrontamiento y género.....   | 49         |
| 3.4 Afrontamiento y esterilidad.....                                    | 50         |
| <b>4. Género</b> .....  | <b>53</b>  |
| 4.1 Masculinidad-Feminidad.....   | 55         |
| 4.2 Aspectos indeseables del papel de género.....                       | 57         |
| <b>5. Autoestima</b> .....  | <b>59</b>  |
| <b>6. Locus de control</b> .....  | <b>64</b>  |
| <b>7. Investigación</b> .....   | <b>67</b>  |
| 7.1 Planteamiento del problema.....                                     | 67         |
| 7.2 Justificación.....  | 67         |
| 7.3 Pregunta de investigación.....                                      | 68         |
| 7.4 Objetivos.....  | 68         |
| 7.4.1 Objetivo general.....   | 68         |
| 7.4.2 Objetivos específicos.....  | 68         |
| 7.5 Hipótesis.....  | 69         |

|   |            |
|---|------------|
| 7.5.1 Hipótesis conceptual.....   | 69         |
| 7.5.2 Hipótesis de trabajo.....   | 70         |
| 7.5.3 Hipótesis nulas.....  | 70         |
| 7.5.4 Hipótesis alternas.....   | 71         |
| <b>8. Método.....</b>   | <b>72</b>  |
| 8.1 Variables.....  | 72         |
| 8.1.1 Variable categórica.....  | 72         |
| 8.1.2 Variables de clasificación.....   | 72         |
| 8.1.3 Variable dependiente.....   | 73         |
| 8.1.4 Variables intervinientes.....   | 74         |
| 8.2 Muestra.....  | 74         |
| 8.3 Participantes.....  | 74         |
| 8.4 Análisis descriptivo de la muestra.....   | 75         |
| 8.5 Escenario.....  | 79         |
| 8.6 Criterios de inclusión.....   | 79         |
| 8.7 Criterios de exclusión.....   | 80         |
| 8.8 Diseño.....   | 80         |
| 8.9 Tipo de estudio.....  | 80         |
| 8.10 Requerimientos éticos.....   | 80         |
| 8.11 Instrumentos.....  | 81         |
| 8.11.1 Lugar y duración.....  | 86         |
| 8.11.2 Plan de análisis.....  | 87         |
| <b>9. Resultados.....</b>   | <b>88</b>  |
| 9.1 Estadística descriptiva.....  | 89         |
| 9.2 Correlación del papel de género, afrontamiento, autoestima y <i>locus</i> de control con CGS..... | 94         |
| 9.3 Correlación de <i>locus</i> de control con CGS.....   | 95         |
| 9.4 Correlación de autoestima con CGS.....  | 95         |
| 9.5 Correlación de autoestima con papel de género.....  | 95         |
| 9.6 Correlación de autoestima con afrontamiento.....  | 96         |
| 9.7 Correlación de <i>locus</i> de control con papel de género.....                                   | 96         |
| 9.8 Correlación de <i>locus</i> de control con modos de afrontamiento.....                            | 96         |
| 9.9 Correlación entre papel de género y afrontamiento.....  | 97         |
| 9.10 Análisis de regresión lineal múltiple.....   | 98         |
| 9.11 Conformación del modelo teórico.....   | 101        |
| 9.12 Modelo de ecuaciones lineales estructurales.....   | 102        |
| 9.12.1 Análisis del modelo final.....   | 102        |
| <b>10. Discusión y conclusiones.....</b>  | <b>106</b> |
| 10.1 Descripción de la muestra.....   | 106        |
| 10.2 Descripción y análisis del papel de género.....  | 106        |
| 10.3 Descripción y análisis de la autoestima.....   | 107        |
| 10.4 Descripción y análisis de los distintos estilos de afrontamiento.....                            | 108        |
| 10.5 Descripción y análisis del <i>Locus</i> de control.....  | 109        |
| 10.6 Descripción y análisis del malestar psicológico.....   | 109        |
| 10.7 Análisis de estadística inferencial.....   | 110        |
| 10.8 La correlación.....  | 110        |

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 10.9  | Análisis del modelo teórico.....                             | 111 |
| 10.10 | Análisis de regresión.....                                   | 114 |
| 10.11 | Propuesta del modelo explicativo.....                        | 116 |
| 10.12 | Discusión general.....                                       | 121 |
| 10.13 | Conclusiones.....  | 124 |
|       | Bibliografía.....  | 126 |
|       | Anexos.....  | 141 |
|       | Anexo 1 Carta de Consentimiento Informado.....               | 142 |
|       | Anexo 2 Inventario de Modos de Afrontamiento.....            | 144 |
|       | Anexo 3 Coopersmith-Inventario.....                          | 149 |
|       | Anexo 4 Cuestionario de Masculinidad-Femineidad (IMAFE)..... | 150 |
|       | Anexo 5 Escala de <i>Locus</i> de Control de Rotter.....     | 152 |
|       | Anexo 6 Cuestionario General de Salud CGS-30.....            | 159 |

## RESUMEN

### OBJETIVO

Proponer un modelo explicativo para la presencia de malestar psicológico en mujeres infértiles, empleando como variables mediadoras; el papel de género, el estilo de afrontamiento, el *locus* de control y la autoestima, aislando las variables que expliquen la mayor varianza posible para la presencia del malestar psicológico.

### MÉTODO

El trabajo se realizó tomando como variables de clasificación: papel de género, tipo de afrontamiento, *locus* de control y autoestima; como variable de resultado la presencia de malestar psicológico, estudio no experimental, de campo, retrospectivo, con un diseño correlacional multivariado.

### PARTICIPANTES

Se tomó una muestra representativa, mediante un programa para calcular muestras, la cual quedó integrada por 240 mujeres que asisten a una institución de tercer nivel de atención. Fueron remitidas para su valoración de la clínica de esterilidad y reproducción asistida.

### ESCENARIO

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología.

## **INSTRUMENTOS**

Para clasificar la presencia del malestar psicológico se empleó el Cuestionario General de Salud (CGS) [Goldberg, 1972]; para el análisis de los factores de clasificación, el Inventario de Masculinidad-femineidad (IMAFE) [Lara, 1993], el Instrumento de Estilos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1988), la Escala de *Locus* de Control de Rotter (1965) e Inventario de Autoestima de Coopersmith (Lara, 1993).

## **PROCEDIMIENTO**

Se tomó como variable de resultado o dependiente la presencia del malestar psicológico, utilizando el punto de corte 7/8 como lo marca el instrumento Cuestionario General de Salud. Se aislaron variables mediante procedimientos estadísticos; correlación, regresión lineal múltiple; posteriormente se construyó un modelo teórico que se probó mediante las ecuaciones lineales estructurales.

## **RESULTADOS**

Se construye el modelo teórico mediante la correlación, once variables quedaron incluidas: cuatro del papel de género, el *locus* de control, la autoestima y afrontamiento confrontativo, autocontrol, reevaluación positiva, responsabilidad y escape-evitación. Posteriormente, se generan dos modelos con regresión, uno para la población general, donde se toma todos los periodos de evolución; otro, donde se introduce el periodo de evolución de cinco años, el primero explica 42 por ciento de la varianza, el segundo 55 por ciento, el modelo final, resultado de las ecuaciones lineales estructurales, explica 42 por ciento de la varianza con cuatro variables.

## **CONCLUSIONES**

La presencia del malestar psicológico se explica con la combinación de cuatro variables: autoestima baja, estilo de afrontamiento de escape-evitación, papel de género de masculino y sumisión. La importancia del modelo explicativo es que el papel de género y el afrontamiento no tienen un efecto directo en el malestar, la autoestima resultó ser una variable mediadora importante, ya que la presencia del

malestar psicológico se reporta a través de ella. El hecho que una persona reporte una autoestima baja, además del modo de afrontamiento de escape evitación, un papel de género de masculino, con influencia del papel de sumisión, es indicativo de la presencia del malestar psicológico. La combinación de este factor es requisito para proporcionar atención psicológica.

**Palabras clave:** Malestar psicológico, Infertilidad, Modelo explicativo.

## **SUMMARY**

### **OBJECTIVE**

To propose an explicative model for the presence of psychological discomfort in infertile women, using as mediating variables gender's role, coping style, locus of control and self-esteem, isolating those variables that explain psychological discomfort with the biggest variance possible.

### **METHOD**

The classification variables that were considered are the gender's role, coping style, locus of control and self-esteem. The result variable was the presence of psychological discomfort. This is a non-experimental, field and retrospective study with a multivariated correlational design.

### **PARTICIPANTS**

This sample was made representative using a special program to calculate samples, which in this case was made up of women who attend to a fourth level institution. These patients were remitted to a clinic of infertility and assisted reproduction for their further evaluation.

### **SCENERY**

The study took place in the National Institute of Perinatology (INPer).

## **INSTRUMENTS**

To classify the presence of a psychological discomfort the Health General Questionnaire (CGS Goldberg, 1972) was used. For the classification factors the Masculinity-Femininity Inventory (IMAFE, Lara, 1993), Coping Styles Instrument (Lazarus, and Folkman, 1988), Rotter's scale for locus of control and Coopersmith's Self-esteem Inventory (Lara, 1993).

## **PROCEDURE**

The dependent variable, the presence of psychological discomfort, was taking into account when obtaining 7/8 points in the instrument. Variables were isolated with statistical procedures such as correlation and multiple linear regression method. Then a theoretical model was formed through structural linear equations.

## **RESULTS**

The theoretical model was developed through correlation; eleven variables were included, locus of control, self-esteem, confrontation, auto-control, positive reevaluation, responsibility, flight-avoidance, and four regarding gender's role. Then, two models with regression were generated. The first one for population in general where all the evolution periods were considered, the second one, in which a five year evolution period was introduced. The first one explains a 42% of the variance and the second a 55%. The final model is a result of the structural linear equations and it explains a 42% of the variance in four variables.

## **CONCLUSIONS**

The presence of psychological discomfort is explained with a combination of four variables; low self-esteem, flight-avoidance coping style, masculine role and submission. The importance of the explicative model is that the gender's role and the coping style have no direct effect whatsoever with the discomfort. Self-esteem was described as an important mediating variable because the presence of psychological discomfort is reported through it. The fact that a person reports a low self-esteem, a flight-avoidance coping style, a masculine role and submission,

is indicative of the presence of a psychological discomfort. The combination of these factors is a requirement to provide psychological attention.

**Key words:** Psychological Discomfort, Infertility, Explicative Model.

## INTRODUCCIÓN

¿Por qué es importante estudiar la esterilidad o infertilidad femenina desde un enfoque psicológico? En la última década se ha constituido en un problema de salud pública, por tanto, la psicología, en particular la psicología de la salud, tiene que hacer propuestas, desde el punto de vista teórico, y con base en la investigación, proponer soluciones encaminadas a comprender el fenómeno en cuestión.

Cuando se consultan estudios epidemiológicos en México (Valdez y Salgado, 2004; Berenzon, Medina-Mora y Lara, 2003; Lara, 2003), se ha observado que la depresión y ansiedad, lo mismo que otros trastornos en población abierta, son alrededor de 5 a 10 por ciento.

La literatura psicológica, en el área de infertilidad, refleja otro planteamiento, algunos trabajos de investigación proponen que cuando se evalúa a población de esterilidad, los trastornos van desde 25 hasta 45 por ciento; sin embargo, los datos clínicos sostienen que algunos de estos porcentajes son a consecuencia de un sobrediagnóstico.

Por lo anterior, se realiza una propuesta contemplada desde la línea de la reproducción humana, específicamente sobre aspectos emocionales relacionados con esterilidad o infertilidad. El objetivo consiste en explorar dichas relaciones desde la psicología de la salud, con un tratamiento distinto del que tradicionalmente se ha realizado, proponiendo que las mujeres con padecimiento de infertilidad no cursan con un trastorno mental, sino que las reacciones se deben como consecuencia de la expresión de malestar psicológico. Éste, entendido como un proceso reactivo frente a los tratamientos.

El trabajo tiene la finalidad de hacer la propuesta de un modelo explicativo. Para la presencia de malestar psicológico, la investigación que se realizó empleó como variables mediadoras la autoestima, el *locus* de control, el estilo de afrontamiento y

el rol de género, a su vez, la combinación de éstas, funcionará como protectora o facilitadoras de la presencia o no de malestar psicológico.

Para lograr el objetivo, el presente trabajo se organizó de la siguiente manera:

En el primer capítulo se presenta el marco teórico sobre las concepciones psicológicas de la reproducción y la esterilidad. Se expone la descripción de las reacciones que va presentando la mujer con infertilidad. Partiendo de investigaciones anteriores, se mencionan las diferentes posturas que construyen la explicación sobre las reacciones psicológicas en el proceso diagnóstico y tratamiento e interpretaciones de los síntomas presentes cuando la mujer no puede reproducirse.

El segundo capítulo aborda el tema de la salud psicológica en la mujer estéril; se propone el espacio teórico, donde está representada la explicación del malestar psicológico y la representación de éste en un continuo de salud-enfermedad, conceptualizado como evento reactivo y no como un proceso de psicopatología.

Se realiza una propuesta explicativa sobre lo que es la salud y qué se entiende por enfermedad. Como tratamos el tema de la esterilidad, se describen los cambios que presenta la mujer estéril, así como los procesos que afectan su vida cotidiana durante los tratamientos. Lo destacable del fenómeno es que trasciende la cultura. Países de Asia, Europa y América Latina tienen resultados similares, en cuanto a las manifestaciones psicológicas de la vida reproductiva, lo que nos lleva a inferir que es una manifestación del género, independientemente de la cultura que se valore.

Múltiples estudios reconocen tres grupos de alteraciones cuando una mujer padece esterilidad: cambios en la conducta habitual, incremento de las manifestaciones sintomáticas y la alteración del área relacional. Se proponen categorías del malestar psicológico como son: reactivo a la esterilidad, con alteraciones de la vida en pareja; problemas con la familia de origen o política, con alteraciones sexuales y con dificultad en la toma de decisiones. Para complementar el tema, se abordan someramente varios de los principales modelos teóricos en la explicación de la salud mental.

El siguiente capítulo se refiere al afrontamiento y la salud. Se retoman las propuestas de Lazarus y Folkman con los diferentes estilos de afrontamiento, así como los estilos más empleados según el papel de género, masculino o femenino, el afrontamiento más usual en las mujeres con esterilidad. Los tipos de estrategias de afrontamiento empleadas en la explicación de la presencia de salud o

enfermedad, describiendo aquellos que tienen mayor efectividad para afrontar los problemas de salud.

El capítulo cuarto aborda la postura sobre el género, en especial como opera en la psicología de la mujer, sobre todo, en el aspecto reproductivo y la necesidad introyectada del deseo del hijo, para integrarlo a su identidad. Se describen los aspectos llamados indeseables del papel de género, machismo y sumisión, ya que estos son importantes para los análisis estadísticos.

El capítulo siguiente aborda el tema referente a la autoestima de la mujer y su relación con el papel de género, así como el impacto que vive cuando no logra el embarazo.

La observación a destacar es que, independientemente de sus logros académicos, profesionales y de pareja, para el 30 por ciento de la población en estudio, la valoración se va modificando hasta llegar, incluso, a convertirse de una esterilidad orgánica, a una esterilidad de vida, al modificar en forma desfavorable lo gratificante de su entorno y el sentido de su valoración como mujer.

El capítulo sexto menciona el *locus* de control y su relación con el género, las estrategias de afrontamiento y la autoestima; asimismo, se describe cómo interviene y se convierte en una variable mediadora frente al problema de la infertilidad, cuando se mantiene un *locus* externo o interno, según lo propone Rotter.

En el capítulo séptimo se describe la investigación, se expone el planteamiento del problema con la justificación, los objetivos y las hipótesis, mismas que se intentaron probar estadísticamente.

El capítulo octavo describirá el método, donde se hace en forma detallada la descripción de las variables, la descripción de la muestra, el diseño empleado, el tipo de estudio y los instrumentos, así como todos aquellos requerimientos para lograr la mayor comprensión del estudio.

El apartado noveno describe los resultados obtenidos, se analiza la estadística descriptiva e inferencial, destacando las asociaciones realizadas con procedimientos de correlación, donde se obtiene un modelo teórico, y la aplicación pruebas estadísticas robustas, como los modelos de regresión lineal múltiple, para aislar variables y su posterior aplicación a los modelos de ecuaciones lineales estructurales. Se obtuvieron dos modelos: uno para la población general, con una explicación de la varianza de 42 por ciento; otro, explica la presencia del malestar en mujeres con cinco años de evolución del

padecimiento, con una explicación de varianza de 55 por ciento. Finalmente, se analiza el modelo obtenido con las ecuaciones lineales estructurales, destacando que la presencia del malestar psicológico se explica con cuatro variables: autoestima, masculino, sumisión y escape-evitación en el 42 por ciento de su varianza, siendo la autoestima una variable mediadora fundamental para su presencia.

El capítulo final abarca el análisis y la discusión de los resultados y las conclusiones, integrando una discusión general.

Por último, los anexos muestran los materiales utilizados en la investigación.

# 1. REPRODUCCIÓN Y ESTERILIDAD

## 1.1 REPRODUCCIÓN HUMANA

Tratar temas como la reproducción humana desde una perspectiva de la psicología no deja de ser una tarea compleja, ya que implica reconocer los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que rodean este fenómeno. Resulta imposible establecer la línea divisoria de cada uno de los enfoques. Como la reproducción parte de un territorio biológico, las especulaciones en torno al psiquismo se vuelven territorio de la ideología, de la cultura y de lo cotidiano. En todas las culturas, desde hace muchos siglos, al parecer las parejas tienen impreso el mandato social de “ser madre o ser padre”.

En nuestro país, la reproducción sigue manteniéndose como una de las metas vitales del hombre y la mujer.

El deseo de una pareja, cuando busca un hijo, puede ser variado. Las demandas de paternidad van desde el deseo de este hijo como *sujeto*, es decir, un tercero discriminado que busca con el amor que une a la pareja, hasta el deseo del hijo como *objeto*, o sea, un tercero que ocupa el lugar de una necesidad por una demanda social (González, 2002).

El deseo es una constante de la naturaleza humana; pero la orientación de ese deseo está determinado por la cultura, que impone su ley y el sentido del deseo (Ferro, 1991), por tratarse de un evento que se encuentra arraigado tempranamente en la construcción psicológica del individuo, en especial de su identidad.

La identidad a que se hace referencia tiene su origen en las manifestaciones culturales y su incorporación por intermediación de los patrones que impone la sociedad, mediante expectativas que se van planteando en el seno de la familia y, más tarde, en la constelación social. No resulta sorprendente que a fines de la

Edad Media, mujeres pertenecientes a la clase en el poder tenían una enorme preocupación por el tipo y el número de embarazos de los que eran capaces.

Es necesario diferenciar que cuando se habla de *deseo*, implica algo regido social y psicológicamente; a diferencia de la *necesidad*, que está regida biológicamente. Por ello, socialmente se acepta que, para algunas mujeres, la necesidad de tener hijos aparezca en relación con la edad. Se aproximan a los treinta o treinta y cinco años y aparece el deseo de la maternidad: pueden llegar a confundir deseo con necesidad, cultura con biología (Ferro, 1991). Se admite, en general, que el instinto maternal no existe como tal y, sin embargo, “instinto” sigue siendo un término absolutamente vigente cuando se aplica a la maternidad.

Quizá sería más adecuado pensar que ninguna de las explicaciones biologistas es satisfactoria: la mujer y el hombre son diferentes y ambos viven en una sociedad que categoriza las diferencias para que un rol sea más deseable que otro (Ferro, 1991).

La satisfacción ilimitada le llegará a la mujer en su función de madre, no en la de mujer. El goce será con el hijo, no con la sexualidad ni con la pareja (Ferro, 1991).

Hay una clara diferencia entre el deseo de tener un hijo y el deseo de cuidarlo. Ambos, sin embargo, pueden combinarse de distintas maneras. De lo que no cabe duda es que si se incluyen ambos dentro de una misma categoría, se corre el riesgo de cometer errores sobre percepciones del maternaje, el cuidado y la crianza. El hijo puede ser una forma de inmortalidad, de continuidad del apellido, de prueba de fertilidad, pero nunca algo sustitutivo de su identidad, inherente a su ser.

Ella es reproductora por su anatomía y fisiología; se embaraza, pare y amamanta. Ése es su rol y su destino, es decir, ser madre; está además el consenso social. Una mujer es *completamente mujer* si tiene pareja e hijos. La hombría jamás será medida con esos parámetros. Una mujer sin hijos será *media mujer*. Un hombre es hombre con hijos y sin ellos. La identidad sexual se agregará tanto al núcleo de la identidad de género como al rol del género (Tyson, 1982).

Suponer la necesidad del embarazo y el parto para completar la feminidad tiene que ver con la confusión entre identidad y rol de género. Se niega, de tal manera, la sexualidad en la mujer cuya evolución y gran parte de su patología están referidas a hechos fisiológicos: la menarca, el embarazo, el parto, el posparto, la menopausia. En términos sociales, la mujer está definida en forma derivada como madre y esposa.

Durante algunos años, se adjudicó a los factores emocionales un amplio espectro de patologías que iban desde abortos espontáneos hasta esterilidad, lo que generó una visión de imprecisión, ya que se reducía a la relación causa-efecto; como ejemplo, se mantuvo durante mucho tiempo el no deseo del hijo como explicación inmediata o causa para no quedar embarazada o, bien, para los embarazos con pérdida recurrente se llegó a sobrevalorar los fenómenos emocionales.

## 1.2 ESTERILIDAD

A lo largo de la investigación sobre la esterilidad se han trabajado dos posturas: una línea trata de establecer la etiología del padecimiento a partir de factores emocionales. Hay estudios que intentan indagar la relación entre psicología e infertilidad, para lo cual se han preguntado cómo influyen los problemas psicológicos en la génesis de la infertilidad; han sustentado una relación causal entre conflictos psicológicos tempranos y la presencia de infertilidad en la vida adulta (Domínguez, 2002; Domar, 1999). Otra línea propone que, cuando una mujer se enfrenta a un problema reproductivo, manifiesta cambios emocionales (Carreño, Morales, 2003, 2002, 2001).

Estos estudios se han realizado en mujeres con problemas de fertilidad, de causa desconocida o no explicada, por lo que se ha acuñado el término de “infertilidad psicógena”; sin embargo, se han publicado revisiones críticas de estas investigaciones que concluyen que la metodología empleada no permite sacar conclusiones generalizables y caen en un sesgo de género en la interpretación de estos resultados, o mencionan que en la mujer sus manifestaciones emocionales están determinadas por sus ciclos hormonales (Domínguez, 2002).

La revisión de la bibliografía permite concluir que, si bien resulta imposible afirmar que los conflictos psicológicos o los problemas emocionales producen 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 cambios mediados por la exposición a experiencias que orienten esos cambios (Domínguez, 2002).

Los factores psico-socioculturales a los que está expuesta la mujer han llevado a la idealización de la maternidad, ya que ésta no sólo representa un acto deseado, sino casi una obligación, pues existe la creencia (tan común en estos días) de que

el maternaje es el único camino de realización de la mujer. Según las creencias populares, es casi imposible concebir que una mujer no se embarace; de hecho, se dice: “Útero que no da hijos da problemas”; además, la mujer sufre una infinita presión no sólo cultural, sino social, es decir, existe un largo entrenamiento por el cual pasa todo ser humano, en este caso la mujer, para adoptar un papel.

Este deseo de darle un hijo a la pareja algunas veces parece algo retributivo, un tributo a la atención y cariño que la pareja le ha dado. Cuando esta función es restringida al ámbito de la reproducción, impacta en el área emocional y en el autoconcepto, pues la maternidad implica un mayor estatus y la paternidad está íntimamente relacionada con la identidad y la virilidad del hombre. Algunas parejas llegan a separarse, pues este padecimiento los afecta fuertemente y de manera distinta. La esterilidad es un trauma narcisístico y su resolución depende de la estructura mental y emocional del individuo. La pareja misma, como sistema, también tiene su particular manera de enfrentar y padecer el problema, aunado a las condiciones sociales del medio en el cual se desenvuelve.

Cabe hacer notar que las mujeres participantes de las investigaciones sobre infertilidad, se encuentran cursando una esterilidad en tratamiento, por lo cual su atención e interés están principalmente dirigidos a la superación de la sintomatología generada por el padecimiento.

La infertilidad es un acontecimiento vital que puede convertirse en un factor estresante, calificado en la actualidad, sobre todo por las mujeres, con un elevado impacto emocional. Cuando una persona conoce su imposibilidad de concebir hijos cuestiona su identidad como hombre o mujer: los seres humanos adquieren, al vivir en sociedad, una carga ideológica que se traduce en responsabilidades por las que supuestamente han de atravesar. Se trata de seguir el ciclo vital en el que en cada etapa o fase, se esperan determinados eventos biológicos y sociales, uno de ellos sería la maternidad o la paternidad (Moreno, Núñez y Caballero, 1999).

La mayoría de los seres humanos están preparados biológicamente para concebir hijos y socialmente se espera que cada pareja contribuya a aumentar el grupo social.

Sin embargo, el derecho a la libertad permite decidir si se quiere o no tener hijos, el momento en que se los quiere tener, aunque a veces *querer* no significa *poder* (Moreno, Núñez y Caballero, 1999). No es extraño que hasta hoy la mujer siga siendo depositaria de la responsabilidad de la procreación. No obstante que la responsabilidad es mutua, hasta ahora ha sido la mujer vista como la única.

Las fantasías giran en torno al problema de la infertilidad. La necesidad de resolverlo hace que las mujeres busquen como alternativa los tratamientos mágicos, populares y de curanderos. La conseja popular recomienda contra la infertilidad, la adopción como única alternativa. Una concepción muy difundida, entre los profesionales y no profesionales de la salud mental, es que la esterilidad tiene un origen psíquico o emocional: la estructura de personalidad o el intenso deseo de lograr el embarazo actúan en contra de la fertilidad. La explicación más frecuente hace alusión a todos aquellos aspectos de carácter inconsciente como el factor etiológico. En una investigación, con enfoque antropológico (Castañeda y Bustos, 2001), se observó que 80% de las pacientes había recurrido a tratamientos no alópatas. Las más consultadas fueron las “sobadoras”. La etiología de estas personas atribuye como explicación de la esterilidad la “abertura de cintura y frialdad” Todos estos caminos llevan, en el mejor de los casos, a retardar el proceso de diagnóstico y tratamiento; en otros, por lo errático de las manipulaciones, a complicar en forma importante la intervención médica y prolongan la alteración psicológica (Arranz, Blum y Morales, 2001; Arranz, Blum, Ito; 2001; Ranz, 1999).

En los debates que se mantienen acerca de los problemas de esterilidad, existen dos posturas reconocidas, para unos aún controvertidas: las hipótesis sobre la génesis de la infertilidad en conflictos tempranos o rasgos neuróticos de la personalidad continúan presentes en estudios recientes. Un ejemplo es el estudio de Christie (1998), quien concluye que, si bien la ambivalencia acerca de la maternidad, es decir, la coexistencia de deseo positivos con temores u otros sentimientos negativos, es una experiencia generalizada en mujeres occidentales, el sentimiento de culpa asociado a esa ambivalencia genera conflicto en algunas mujeres. La culpa provendría del hecho de que los sentimientos negativos (temor y rechazo) tienen más jerarquía que los positivos. Este conflicto es difícil de ser tolerado conscientemente por la persona, por lo que se deprime como una defensa psicológica. La persona desarrolla respuestas indirectas como la infertilidad, que se acompaña defensivamente de un deseo frenético y ansioso de concebir: de estos estudios deriva el concepto de infertilidad psicógena, que se refiere al rol causal de la psicopatología en la infertilidad.

La mayoría de los estudios se han basado en la interpretación de material clínico, sin intentar una comparación con mujeres de fertilidad normal u otro tipo de control. A partir del análisis crítico de esos estudios se podría hipotetizar que los conflictos psicológicos que en ellos se describen, asociados causalmente con la esterilidad, pueden estar presentes en la historia de sujetos fértiles e infértiles, y

en algunas mujeres pueden tener particular significación. Se debe justamente a problemas reproductivos que hacen a la persona más vulnerable a los temas de la maternidad y a los efectos del conflicto intrapsíquico en el ámbito reproductivo (Bringhenti, Martinelli, Ardenti y La Sala, 1997).

Se puede decir que la mayoría de las personas vive con la creencia de que son fértiles y están convencidas de que, cuando quieran, lograrán un embarazo. Después de meses o años de intentos de no conseguir la meta de tener hijos, surge en ellas el sentimiento de asombro. Al presentarse la perspectiva de la esterilidad, se cuestionan sobre el futuro: ¿una vida sin hijos? El impacto puede ser tan doloroso que pueden llegar a negar la existencia del problema. La infertilidad es un problema que rara vez se espera; la mayoría de las parejas supone que serán capaces de engendrar hijos cuando se lo propongan (González, 2004).

Los médicos reconocen que existe esterilidad cuando una pareja tiene relaciones sexuales frecuentes (dos a tres veces por semana) sin ningún método anticonceptivo durante un año (INPer, 2004). La probabilidad de lograr un embarazo en las parejas de población en general, con un promedio de edad de entre 25 a 30 años, es la siguiente: durante el primer mes, 63%; a los seis meses, 80% y 85% durante el primer año.

Pasado ese periodo se puede concluir que existe un problema de fertilidad. Aunque no todos los diagnósticos de esterilidad son definitivos, algunos casos que acuden al tratamiento médico o quirúrgico logran el embarazo, el 50% aproximadamente de las pacientes podrán tener un hijo biológico; el restante 50%, no. Por eso se ha constituido en un problema de salud pública, pues lo padece de 10 a 15% (INPer, 2004; OMS, 2002) de las parejas en edad reproductiva.

Los avances de la medicina reproductiva para diagnosticar y tratar problemas de esterilidad disminuyeron la frecuencia de causa desconocida: en la actualidad es menos de 5%. Por género, se ubica con 45% de origen femenino y 45% masculino (INPer, 2004). Se han encontrado otros factores asociados a la esterilidad, como posponer la reproducción para después de los 30 años, cuando la fertilidad fisiológica en ambos sexos empieza a declinar, y se agudiza por el uso inadecuado de algunos métodos de control natal, el aumento de enfermedades de transmisión sexual, la automedicación, el sobrepeso, las dietas severas, los trastornos de la alimentación, así como por la exposición a condiciones medio-ambientales adversas.

La infertilidad es uno de los motivos de consulta cuando una mujer visita al ginecólogo; más que un síntoma es una condición general subyacente que afecta el funcionamiento psicológico y emocional de la pareja. Se puede considerar que la esterilidad no es una alteración psicopatológica en sí misma; pero el proceso de diagnóstico y de tratamiento que siguen las parejas, y en especial las mujeres, las lleva, en algunas ocasiones, a desarrollar malestar psicológico crónico.

Las respuestas emocionales más comunes a esta condición son manifestaciones de depresión y ansiedad, múltiples sentimientos de pérdida y un prolongado estrés; cuando estas respuestas emocionales se extienden, incapacitan a las personas en varias áreas de su vida, por ejemplo, en la inhabilidad para comunicarse con su pareja y con su entorno; si se acentúa de manera rígida la importancia de un hijo como parte de la identidad, esto pone en riesgo el bienestar físico y psicológico (Carreño, 2003).

En la actualidad se sabe que la mujer embarazada se enfrenta a una serie de cambios que le permiten adaptarse a su nueva situación; dichos cambios van desde la imagen corporal, redefinición del autoconcepto, identificación plena con el rol materno y, en términos más generales, identificación con su vida reproductiva (Burín, 1999).

Todo lo anterior se observa cuando una mujer no tiene impedimento para lograr un embarazo; pero cuando esto no es así, las condiciones a las que se enfrenta son totalmente distintas. Un amplio porcentaje de mujeres, con el hecho de saberse estériles, cambia su estilo y calidad de vida; las relaciones que llevan a cabo en su vida cotidiana se ven alteradas de manera significativa.

La mayoría de los estudios sobre esterilidad que se realizan en México como en el resto del mundo, se asemejan por el tipo de instrumentos de evaluación; por ejemplo, para la ansiedad, entre los más utilizados se encuentran el State-Trait Inventory (STAI) de Spielberger. Otros instrumentos han sido Self-Rating Anxiety Scale (SAS) y Manifest-Anxiety Scale (MAS). Para la medición de la depresión, los más utilizados han sido el de Beck Depression Inventory (BDI), el Hamilton Depressive Scale (CES-D), Bipolar Profile of Moos Status (POMS) y Self-Rating Depression Scale (ZUNG). En cuanto a medidas de la personalidad, se han utilizado principalmente el Eysenk Personality Questionnaire (EPQ) y el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

Para la medición del autoconcepto, el Tennessee; para la satisfacción marital, la escala de autoconcepto del *y*o familiar; para la autoestima el más difundido es el Inventario de Autoestima Coopersmith, con el que se han realizado adaptaciones

y estandarizaciones para distintas poblaciones (Aguilar y Berganza, 1996; Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993).

Para la medición de afrontamiento existe una gran cantidad de instrumentos, sin embargo, los lineamientos fundamentales están tomados de la propuesta teórica del afrontamiento de Lazarus y Folkman (1982 y 1991).

De manera reciente, cuando se miden aspectos de género, se utilizan inventarios de rol de género, papel de género y encuestas sobre la percepción de género (Díaz, Rivera, Sánchez, 1994, 2002).

Tanto el diagnóstico, como su tratamiento actual, representan un proceso estresante. En un estudio realizado en España con 30 parejas infértiles, se ha encontrado que las mujeres presentan un grado de estrés estadísticamente más elevado que los varones cuando se les da a conocer el diagnóstico de esterilidad (Moreno y cols., 1999).

Estos resultados coinciden con los hallazgos en otros trabajos que han utilizado muestras más pequeñas, como el de Miranda, Lazarral y Laban (1995), que han estudiado 15 parejas; con muestras de 100 mujeres, el de Luckse y Vacc (1999), o la realizada por Newton, Sherrad y Glavac (1999) con una muestra de más de 1,000 parejas.

Domar, Friedman y Zuttermeister (1999) indican que las mujeres con infertilidad presentan grados de depresión y ansiedad equivalente a otros problemas de salud/enfermedad como el sida, el cáncer o las alteraciones cardiovasculares. El desarrollo de los trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión es lo más frecuente en la población estudiada.

Los fenómenos de depresión y ansiedad reportados como alteraciones psicológicas son también frecuentes en las investigaciones; por ejemplo, los reportes que van de grado moderado a severo (Lu, Yang y Lu, 1995; Guerra, Llobera, Veiga y Barri, 1998). Muestran resultados elevados de depresión Aghanwa, Dare y Ogunniyi (1999); Guerra, (1998); Beutel y cols. (1999); Glover, Hunter, Richards, Katz y Abel (1999); Lukse y Vacc (1999).

El deseo de embarazo y reproducción, así como el de tener un hijo propio, con frecuencia son parte de las expectativas de muchas parejas. Cuando éstas fallan, entonces enfrentan un problema de la vida reproductiva —una alteración reproductiva no visible—. Cuando hombres y mujeres no logran reproducirse, pueden tener problemas de carácter psicológico y social que los lleva a una crisis emocional. Descubrir que no lograrán conseguir un embarazo puede representar

una situación traumática, para la cual la mayor parte de las personas no está preparada.

Numerosos autores (Aghanwa, Dare, Ogunniyi, 1999; Arranz, Blum y Morales 2001; Beutel, Kupfer, Kirchmeyer, Kehde, Kohn, Schroeder-Printzen, Gips. Domar, Friedman, Zuttermeister, 1999) se han dado a la tarea de investigar, describir y analizar el gasto emocional que trae consigo la esterilidad. Las áreas susceptibles de verse afectadas inician con una disminución de la autoestima, hasta alcanzar perturbaciones que modifican la relación con la familia y los amigos. En esencia, la esterilidad rompe con proyectos de vida de una persona, trastoca sus esperanzas y metas reproductivas, debido a una de las leyes más conocidas de la naturaleza: la reproducción.

Con la esterilidad se inicia una crisis psicológica que, en muchos casos, amenaza la estabilidad marital y las habilidades para manejar la propia vida; las relaciones interpersonales se alteran en forma adversa y permanente; en ocasiones hasta la propia salud física se pone en riesgo. Las demandas de la esterilidad y sus tratamientos, en muchos casos, pueden exceder los recursos emocionales y financieros de una persona (Mahlstedt, 1991).

Es de esperar que no todas las mujeres vivan la imposibilidad de tener hijos de la misma manera. Hunt (1993) explica que la experiencia de una maternidad frustrada es únicamente determinada por el entorno social, por los factores psicológicos y por influencias familiares; pero dicha experiencia no sólo es diferente en cada mujer, sino que cada una puede experimentarla de manera distinta: según la etapa de vida, la edad, las condiciones de su matrimonio, el estado de satisfacción con lo que hace y cómo lo hace, así como su vida en general.

Newton y Houle (1993) comentan que un tratamiento prolongado por esterilidad, con intentos infructuosos para concebir, llega a afectar en mayor medida a las mujeres que a los hombres. Las esposas reportan estar más afectadas directamente por el estrés específico del tratamiento, alteraciones de la autoestima sexual, satisfacción sexual y sensación de control sobre el tratamiento. Hunt y Monach (1997) indican que la depresión es independiente del estadio que atraviese la mujer: en tratamientos largos de infertilidad (Chiva, Morioka, Kashiwakura, Nadaoka, Saito, *et al.*, 1997) detectan síntomas depresivos; sin embargo no han encontrado diferencias significativas por la edad ni por el número de tratamientos realizados (Beutel, Kupfer, Kirchmeyer, Kehde, Kohn, Schroeder-Printzen, Gips, Herrero y Weidner, 1999).

A partir de estos hallazgos, es posible identificar una serie de condiciones psicológicas, pues los puntajes de la escala de depresión no mostraron un comportamiento lineal en los grupos, según el tiempo de evolución. Si bien es cierto que la depresión no muestra un comportamiento lineal, el grupo de corta evolución (2-4 años) presentó un alto grado; en el grupo de larga evolución (8 años o más) se encontró un grado aún más alto, lo que indica que existe un periodo de ajuste, que varía entre 2 y 4 años; pero se detona el desajuste a partir de los cinco años. Esto muestra que las reacciones de depresión pueden transformarse en reacciones crónicas. Variables, como menor escolaridad, conocimiento de la causa o no de la esterilidad y trabajo dentro del hogar, son factores que condicionan de manera determinante la manifestación de sintomatología ansiosa, pero no el tiempo de evolución de la esterilidad.

Una propuesta para explicar la depresión en mujeres con problemas de esterilidad es la creación de un modelo en donde no intervienen variables de tipo socioeconómico.

En población con esterilidad relacionada con fenómenos de depresión se encontró que 58.4% no presenta depresión; 21.7%, mínima o ligera; 13.7%, moderada o marcada; 6.2%, severa.

Cuando se trabaja para reconocer la ansiedad, las referencias coinciden en cuanto a los reportes de ansiedad-estado. Ésta, con frecuencia se encuentra elevada, como lo muestran varios estudios (Janczur-Bridzan, 1995; Brighenti, Martinelli, Ardenti y La Sala, 1997). Los hallazgos indican que 44% de las pacientes valoradas en distintas muestras presentan ansiedad-estado, pues se enfrentan a una situación desconocida (Carreño, 2003).

La ansiedad-rasgo se ha observado en varios trabajos (Harlow, Fhay, Talbot, Wardle y Full, 1996), así como la ansiedad generalizada (Mori, Nadaokam, Mariota y Saito, 1997; Guerra, Llobera, Veiga y Barri, 1998; Aghanwa, Dare y Ogunniyi, 1999; Glover, Hunter, Richards, Katz y Abel, 1999).

Algunas pacientes experimentan un número mayor de emociones (frustración, soledad, tristeza, pena, culpa, rabia) según Miranda, Larrazabal y Laban, (1996); Oddens, Den Tonkelaar y Nieuwenhuys (1999). Otras permanecen en un estadio de sentimiento de pena, tienen una perspectiva negativa de la posibilidad de embarazo y se siente en duelo permanente, como lo señalan Mori, Nadaokam, Mariota y Saito (1997); Lukse y Vacc (1999).

El padecimiento se puede manifestar durante los primeros seis meses de diagnóstico como un trastorno adaptativo agudo y puede variar con estado de

ánimo depresivo o ansioso, o mixto con ansiedad y depresión, así como no especificado, tal como lo refiere el manual del DSM-IV-R (1995). Sería lo esperado ante cualquier situación que se valore como riesgo por cambiar las expectativas de vida que tienen las personas.

En los últimos 18 años la inseminación artificial se ha introducido con éxito en el tratamiento de la esterilidad. Las parejas sometidas a la inseminación artificial habitualmente cuentan con una historia de búsqueda de soluciones, tanto mágicas como científicas, por lo que los sentimientos de frustración y de fracaso se encuentran presentes. Para la mayoría de estas parejas, es la última opción de lograr un embarazo. Desde la perspectiva de la teoría del estrés, la esterilidad puede ser vista como un hecho estresante.

El impacto dependerá del proceso de afrontamiento, entendido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son excedentes o desbordantes para el individuo. La importancia de estudiar cómo se manifiesta el proceso de afrontamiento, bajo una situación médica específica, radica en que tiene implicaciones significativas para la salud, ya que la manera en que un individuo responde a una situación estresante va acompañada de conductas, pensamientos y emociones que influyen sobre su bienestar físico y mental (Casado, 2002).

Debido al estrés producido por la esterilidad, el individuo manifiesta una serie de cambios en las emociones como ansiedad, temor, culpa, depresión, entre otros. La esterilidad provoca la emergencia de una serie de recursos adaptativos que operan mediante determinadas respuestas psico-sociales.

Dean (1986) señala que la depresión es una reacción común en la esterilidad. Por su parte, Lazarus y Folkman han sugerido que los estresantes vitales (por ejemplo, la enfermedad) son los más amenazantes y pueden producir estrategias de afrontamiento que no son efectivas para reducir el estrés, lo cual conduce posteriormente al desarrollo de síntomas de depresión.

Desde la teoría del estrés (Casado, 2002) se ha determinado que el afrontamiento puede estar dirigido al manejo del evento que está causando estrés (afrontamiento dirigido al problema) o bien puede orientarse a la regulación del estado emocional (afrontamiento dirigido a la emoción). Lazarus (1991) ha sugerido que las personas que valoran su enfermedad positivamente poseen mayores recursos internos para afrontar los procesos difíciles de su situación. En el caso de la esterilidad, se encontró que en un grupo de 300 parejas (Newton,

Sherrard y Glavac, 1999), antes de ser sometidas a algunos de los tratamientos de inseminación artificial, los sujetos no deprimidos con frecuencia observaban mayor control de sus emociones y, por tanto, contaban con soluciones encaminadas a actividades significativas y gratificantes para ellos. En la experiencia clínica se ha observado que quienes deciden someterse a inseminación artificial muestran ante un nuevo diagnóstico o tratamiento altos grados de estrés y sintomatología depresiva (Harlow, Fahy, Talbot, Wardle y Hull, 1996).

De acuerdo con Pearlin, Lieberman y Menaghan (1992) existen variables mediadoras que influyen en el impacto de la relación estrés-estado emocional; al presentarse un evento disruptivo (como la esterilidad, la pérdida de trabajo, etc.) éste atañe al estado emocional, ya que afecta un área particular de la vida y el papel social. El impacto está mediado por las estrategias de afrontamiento. Moss (1988) plantea que el sistema ambiental y el sistema cognitivo de una situación estresante de vida, en relación con las estrategias de afrontamiento, éstas se encuentran determinadas por los antecedentes de respuesta ante los eventos estresantes y los recursos de apoyo social con que cuente: familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, pareja, entre otros.

Así como los modelos de Pearlin, Lieberman, Menaghan E. y Mullan, J.T (1992) el multivariado de Cervantes y Castro (1985) fue desarrollado con el interés de elaborar investigación sistemática en el campo de la salud. Los autores mencionan, como componentes del afrontamiento, los estresantes potenciales, evaluación del estrés potencial, mediadores interno y externo, respuestas de afrontamiento, consecuencias a corto y largo plazo en la salud mental; los desórdenes mentales, como la depresión, se derivan de respuestas de afrontamiento poco efectivas ante los estresores de la vida, como sucede con la esterilidad.

En este estudio se examinaron los modos de afrontamiento que influyen sobre la depresión en mujeres estériles. Los bajos índices de depresión están relacionados con el empleo de reevaluación positiva, como forma de afrontamiento ante situaciones de esterilidad. En forma tentativa, y por los resultados encontrados, puede sugerirse la conclusión de que las estrategias de afrontamiento son determinantes para mediar el problema de esterilidad.

Así, estrategias como reevaluación positiva, responsabilidad y soporte social permitirán experimentar en menor medida malestar psicológico, no así la estrategia de escape-avoidance.

Desde el momento en que la mujer se sabe embarazada, se inician cambios fundamentales: en especial se reconstruye la imagen corporal, la identidad de género y psicosexual; en términos generales, tiene que recategorizar su papel sexual, tanto por identificación individual como social. El embarazo y maternidad tienen cuatro vertientes que parten de lo individual y abarcan lo colectivo: inicia con lo biológico, pasa por el ámbito psicológico, se recrea en lo cultural y se inserta en lo social. Estos factores determinan la identificación con el maternaje y la medida en que la mujer se puede identificar plenamente con su papel.

El proceso planteado se presenta cuando un embarazo ocurre en forma natural; pero cuando el proceso es llevado a cabo mediante la intervención de la tecnología, ¿que fenómenos de orden psicológico se estarán llevando en la mujer que se embaraza mediante este recurso y no por concepción natural? Tomar la decisión de tener o no hijos, el momento en el cual tenerlos y el espaciamiento entre los nacimientos implica, de cierta manera, que se tiene control sobre un evento trascendental dentro del ciclo vital del ser humano: la procreación. Sin embargo, en muchas ocasiones esto escapa al control de la persona cuando se enfrenta, por ejemplo, a una situación de esterilidad, por lo que la reproducción le está negada.

El tratamiento sobre esterilidad es una experiencia que provoca gran estrés: adecuarse a un control estricto de citas, actos sexuales programados, tiempo fuera del trabajo y el hogar, un alto costo económico, junto al temor que unas personas experimentan ante intervenciones quirúrgicas, anestesia, pruebas hemáticas, terapias hormonales, etcétera.

Los puntajes de depresión y ansiedad se incrementan, por lo que el autoconcepto sufre una modificación. Después del embarazo mediante la reproducción asistida, el autoconcepto se ve alterado en forma negativa, sobre todo en lo que respecta a la autocrítica; ésta se torna en algunos casos más severa. Algunas pacientes tienen que redefinir la autodescripción en cuanto a la percepción de su *yo* físico y la autosatisfacción disminuye la recomposición que se lleva a cabo en la mujer; los componentes de autoconcepto se alteran para poderse ajustar a su nueva condición de embarazo; además, las mujeres de la muestra tienen que recategorizar su autodescripción (Carreño, Bustos, Morales, 1996).

Los cambios observados probablemente respondan a la necesidad de ajuste de orden psicológico, ante la nueva situación que se les presenta y las dudas de las consecuencias del presente embarazo. Los ajustes realizados a su personalidad son de orden adaptativo y se manifiestan en el aumento de depresión, ansiedad y

la fantasía. Es necesario señalar que cuando estos perfiles se comparan con una muestra de pacientes embarazadas por medios naturales, los cambios no se presentan; tampoco se observan en población estéril; en general, el reacomodo que hace la mujer mediante la reproducción asistida es de gran importancia clínica, pues trae un conjunto de reflexiones en torno a estos fenómenos que permite dilucidar los acomodos que tiene que realizar en la esfera afectiva y el autoconcepto de la mujer estéril cuando logra el embarazo después de varios intentos (Carreño, 1997).

Delimitar las diferencias establecidas por la biología y reconocer aquellas conductas socialmente aceptadas como masculinas y femeninas puede resultar complejo, ya que, por un lado, algunas investigaciones las interpretan como conductas heredadas; pero, por otro, algunas las explican como producto de la cultura, la educación y la política. Dichas conductas determinan en forma conjugada las características de lo que se entiende por lo masculino y lo femenino. La masculinidad y la femineidad se entienden como aquellos rasgos de la personalidad que diferencian a los hombres de las mujeres (Domínguez, 2002).

El deseo de la maternidad o paternidad en la población que tiene dificultades en la vida reproductiva se convierte en un evento central y, en ocasiones, constituye el único motivo de convivencia entre la pareja o el objetivo por el cual están unidos. Este deseo implica la libido y el narcisismo de los cónyuges y es un vínculo para ejercitar, por medio de ella, actitudes de distinta índole. Buscar la reproducción como reafirmación de la masculinidad o femineidad, en ocasiones, es una manera de mantener la unión de una pareja en crisis y, por consiguiente, evitar una separación. Esta situación limita otros aspectos medulares de la pareja, pues impide la expresión de otras formas de convivencia; así, este deseo y su afán por alcanzarlo reducen a un solo aspecto la vida en pareja, lo que podría interferir en una adecuada adaptación al medio.

Una gran parte de la vida en pareja se centra en la procreación, la maternidad-paternidad y la edificación de la familia. Conforme pasa el tiempo, las posibilidades de tener un hijo propio se van reduciendo, en la medida en que se ha intentado un gran número de procedimientos (casi todos fallidos) y el reloj biológico llega a su límite. A partir de este momento, inician cambios que modifican el estilo de vida de la pareja, por lo que sentirán que el entorno se vuelve agresivo: experimentan cambios similares al duelo que inicia con agresiones por los múltiples intentos fallidos y el estrés por los tratamientos de esterilidad que no sólo dejarán a la pareja deprimida, sino enojada. La agresión, expresada o reprimida, tiene efectos significativos en el individuo y en su relación

con los otros. La ira puede reprimirse, porque no hay alguien a quién culpar; puede manifestarse como dificultad en las relaciones y éstas pueden ir acumulándose hasta manifestarse en forma abierta en la pareja, la familia, los amigos o las personas significativas de su entorno (Lukse, Vacc, 1999; Oddens, Den Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1999).

Paralelamente, una investigación indica que el hombre con esterilidad utiliza mecanismos como la fantasía, el aislamiento y la depresión para enfrentarla, pues representa una pérdida y una amenaza contra su identidad, valores y objetivo de vida.

La maternidad-paternidad, aprendida o no, ocupa un papel psicosocialmente determinante, lo que tendrá implicaciones tanto para hombres como para mujeres en la descripción del autoconcepto, entendido como el criterio y la descripción más completa que una persona tiene de sí misma. En un momento dado, el constructo es multidimensional y se explica en dos dimensiones: la interna, que tiene que ver con la identidad, comportamiento y satisfacción, y la externa, que se explica con el *yo* físico, el *yo* ético moral, el *yo* personal, el *yo* familiar y el *yo* social. Estas dimensiones interactúan entre sí, por lo que una afecta directamente a la otra.

Por ser este un estudio exploratorio tiene limitaciones importantes en la generalización de los resultados en la población con problemas de esterilidad; sin embargo, estos datos comparados con otros estudios, donde las mujeres infértiles por lo general obtienen grados más bajos de autoestima, altos en depresión y ansiedad, así como baja satisfacción marital, llevan a la necesidad de generar modelos explicativos en torno al autoconcepto y su relación con la esterilidad.

Las parejas estériles se vieron más impactadas en su descripción de las áreas internas y externas del autoconcepto. La imagen corporal subjetiva de estar incompleta genera modificaciones decisivas del autoconcepto, aun cuando haya esterilidad masculina y la mujer sea, de acuerdo con su valoración médica, fértil (Granados y Ortiz, 2003; Bustos, 1994; Benería, 1984).

Existe independencia del género en cuanto a mantener un autoconcepto elevado o disminuido cuando se enfrenta a cuestiones de infertilidad. El papel de género que se ha asignado a las personas que viven en pareja puede ser determinante para la modificación del autoconcepto, por ello la responsabilidad social de la reproducción sigue teniendo un peso considerable. La identidad como padre o madre determinará, a su vez, la inclusión de las parejas en un entorno familiar y social, debido a que las experiencias desagradables (tratamiento prolongado sin

éxito) van minando la identidad en forma progresiva; por lo anterior, sería procedente dar alternativas de manejo psicológico a las parejas en tratamiento médico, desde luego a partir de sus condiciones reales (Carreño, 2003).

La mayor parte de los trabajos revisados se centran en el estudio de las mujeres infértiles, debido a que, independientemente de que el factor de diagnóstico sea femenino, masculino, de origen desconocido o mixto, es la mujer la que más desarrolla trastornos emocionales, incluso en el caso de que el factor sea masculino (Miranda, Larrazabal y Laban, 1995; Newton, Sherrard y Glavac, 1999).

Por ello, las pacientes con dificultad en la vida reproductiva tienden a enviar mensajes poco claros sobre la situación que están pasando y, al no obtener la respuesta esperada, la sintomatología se va incrementando, al grado de aislarse de su entorno familiar y social como respuesta a un sentimiento de incompreensión o de diferenciación respecto del resto de las mujeres, lo que compromete el valor que ella se asigna (Carreño, 2003).

Cuando se habla de depresión, la literatura refiere el fenómeno como origen multicausal y para esta población de mujeres se puede predecir sólo con dos variables con un 65% o de certidumbre (Carreño, 2003). Los síntomas depresivos y ansiosos no tienen correlación con variables sociodemográficas de las distintas muestras valoradas, ya que su grado de explicación tiene que ver con la historia de vida de la paciente.

La infertilidad impactará de forma distinta a cada persona, y en esa particularidad de la respuesta incidirán factores como el género, personalidad del sujeto, su historia personal previa y también los estilos personales de afrontamiento a situaciones adversas. También jugará un rol el diagnóstico de infertilidad (factor femenino, masculino o de causa desconocida) y el significado psicológico que la persona le atribuye al 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 la infertilidad. Finalmente, el acceso a un adecuado tratamiento también incide en la respuesta psicológica.

Se han estudiado los estilos personales de afrontamiento del estrés e intentado discriminar aquellos que preservan la salud mental, así como aquellos otros que, por el contrario, la ponen en riesgo. Como la infertilidad constituye un evento, en general, adverso y estresante, algunas personas pueden afrontar más adecuadamente los sentimientos que la producen, mientras para otros puede ser

una experiencia devastadora y desencadenar trastornos emocionales o un marcado aislamiento social. El estilo personal de enfrentar o convivir con el estrés permite comprender por qué en algunos casos la salud psicológica se altera y en otros no (Facchinetti, Matteo, Artini, Volpe, y Genazzani, 1997). El resultado consiste en prevenir que las emociones displacenteras sostenidas en el tiempo desencadenen una depresión u otro trastorno y, eventualmente, contribuir a una mejor respuesta al tratamiento mediante altos niveles de adherencia terapéutica.

Si bien el desarrollo de la investigación controlada aporta evidencias sobre la cantidad de variables que intervienen, existe sustento de la necesidad de incorporar actividades de orientación, consejería y apoyo psicológico en los programas de infertilidad. Una línea de investigación actual apunta a demostrar que el apoyo psicológico contribuye, efectivamente, no sólo a bienestar psicológico de los pacientes, sino a lograr mejores respuestas de adherencia al tratamiento. Un ejemplo: cuando las parejas se encuentran en tratamiento de psicoterapia por esterilidad, los niveles de depresión y ansiedad disminuyen y permiten un incremento en las relaciones sexuales en los días fértiles, por eso las tasas de embarazos se incrementan después de un proceso de psicoterapia (Boivin, 2003; Harlow, Fahy, Talbot, Wardle y Hull, 1996).

Las intervenciones psicológicas por las cuales se realiza este proceso pueden ser individuales, de pareja o grupales. El problema demanda un enfoque terapéutico activo y flexible, y objetivos de corto plazo consensuados con la pareja.

### **1.3 ESTERILIDAD Y CULTURA**

Los efectos de la infertilidad sobre la salud mental, satisfacción sexual y satisfacción de pareja se muestran en forma consistente en distintas culturas, etnias y religiones. Numerosos estudios han demostrado que tanto hombres como mujeres infértiles tienen respuestas emocionales, tales como estrés, ansiedad, depresión, insatisfacción sexual y conyugal.

En países occidentales, como los europeos, Canadá y Estados Unidos, las respuestas de los hombres y las mujeres infértiles son diferentes en autoestima, ajuste de pareja y relaciones sexuales. En países no occidentales como China, Taiwán, Japón o Irán (Lee y Sun, 2000; Nasserí, 2000; Matsubayashi, 2001; Lee, 2001), se realizaron estudios comparativos con parejas infértiles: encuentran que, aunque existen diferencias culturales, étnicas y religiosas entre estas sociedades y

la occidental, en las parejas infértiles los hombres expresaron menos angustia que las mujeres; el grado de autoestima, la satisfacción sexual y de pareja fue mayor también en los maridos que en las esposas.

#### **1.4 OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA ESTERILIDAD**

No sólo se ha encontrado depresión y ansiedad. Pueden mostrarse además síntomas de estrés postraumático (Barlik, Greene, Graf, Sharma y Melnick, 1997), falta de concentración, miedo y ausencia de atracción física, así como alteraciones en la relación sexual, de pareja y de bienestar general; Oddens, Den Tonkelaar y Nieuwenhuyse (1999) encuentran peores relaciones maritales; por el contrario, Brighenti, Martinelli, Ardenti y La Sala (1997) han desarrollado mayor satisfacción marital y percepción de cuidado.

Puesto que el hombre constituye el último eslabón de la cadena evolutiva, los mecanismos instintivos que gobiernan la sexualidad y la reproducción en el resto de las especies tienen escasa repercusión en él y, por ello, en la especie humana la sexualidad tiene tres fines principales, a diferencia del resto de las especies, cuyo único fin es la reproducción: el placer, la afectividad y la reproducción.

Investigaciones recientes sugieren diversas variables mediadoras que tendrán un carácter predictivo para determinar que las personas con problemas de infertilidad tendrían altas probabilidades de experimentar disfunciones.

Una de las variables con potencial predictivo es la orientación del rol sexual. Collard (1999) en su estudio encuentra que el funcionamiento sexual, de relación de pareja y psicológico, estaba diferencialmente afectado por las atribuciones que cada persona tenía sobre la responsabilidad de la infertilidad y por su propio género.

Respecto a las mujeres, las de tipo andrógino, manifestaron índices bajos de labilidad en la esfera afectiva y, en cambio, las mujeres con rol tipo masculino los cambios fueron más altos, en comparación con las mujeres de rol femenino y rol indiferenciado.

Además del rol sexual, se han estudiado las diferencias y similitudes de género en relación con las reacciones psicológicas ante la infertilidad, la percepción del apoyo social, el efecto de la infertilidad sobre la relación de pareja y el estilo de afrontamiento ante la búsqueda de tratamiento (Hunt, Monach, Hjelmstedt, 1998).

Los investigadores encontraron que las mujeres reaccionaron más fuertemente ante la infertilidad y, además, sintieron más intensos deseos de tener descendencia que los hombres. El efecto sobre la vida sexual fue similar en ambos sexos. El estilo de afrontamiento de búsqueda de información mostró una asociación estadísticamente significativa con la existencia de cambios psicológicos por infertilidad solamente en los hombres (Facchinetti, Matteo, Artini, Volpe, Genazzani, 1997; Carreño, Morales, Martínez, 1997).

Otra línea de investigación desarrollada (Mikulincer, Horesh, Levy-Shiff, Manovich Shalev, 1988) explica cómo ejercía el estilo de apego en relación con la infertilidad. Se halló que si el diagnóstico de infertilidad recaía en el hombre, había más angustia psicológica que si la causa estaba en la mujer. Respecto al estilo de apego, las personas seguras con independencia, fueran hombres o mujeres, manifestaron mayor bienestar, menos angustia y más ajuste a la pareja que las personas inseguras y ansiosas. Las parejas de las personas con apego seguro también manifestaron altos grados de bienestar, bajos grados de angustia y buen ajuste de pareja, al contrario de las personas inseguras y ansiosas.

## 2. SALUD PSICOLÓGICA EN LA MUJER ESTÉRIL

Los problemas de salud, sobre todo los crónicos, son hoy uno de los principales retos, teóricos y prácticos, que se plantea la psicología, en particular la de la salud. Por eso, en las décadas recientes, particularmente en la pasada, la American Psychological Association (APA) reconoce como nueva una especialidad, dentro de la psicología, la psicología de la salud: “conjunto de las contribuciones específicas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos diagnósticos y etiológicos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y la salud pública” (Matarazzo, 1980 citado en Cifre, 2000).

¿Qué es la salud y qué es la enfermedad en términos de lo psicológico? Probablemente sea más fácil definir enfermedad, ya que constituye un concepto muy claro desde la estadística, la epidemiología, la cultura, el concepto de normalidad o bien desde lo que es esperado para un grupo social. ¿Qué es la salud, dónde inicia y dónde termina, será que no existe, es un ideal que pretendemos alcanzar sin lograrlo? “El desarrollo de la evidencia del concepto de salud y la realización de innumerables investigaciones clínico-epidemiológicas han demostrado el vínculo de la salud con un conjunto de factores que trascienden lo biológico” (García-Viniegras, González, 2000).

Como todo modelo que intente explicar la situación en torno a la salud psicológica, necesariamente tiene que partir de una definición y una concepción epistemológica; se tendrá que cuestionar el objeto de estudio de la psicología: ¿las sociedades, la cultura o el individuo? Si se parte de la premisa de que el objeto de estudio de la psicología es el individuo, inmerso en una sociedad que determina

su forma de pensar, sentir y vivir, dentro de una cultura, cuando un contenido social o cultural se incorpora a la vida cotidiana, se transforma en un modo particular de pensar. Esos contenidos perderán su calidad de ser un comportamiento social o estrictamente cultural y, por ese hecho, se convierten en un producto estrictamente psicológico.

Al definir un concepto tan amplio como la salud, se tiene la tarea de retomar conceptos que se han manejado desde una perspectiva tradicional, donde se propone que el individuo es un cúmulo de estímulos y respuestas, un conglomerado de respuestas mantenidas por un reforzador; este reforzador tendrá un significado particular para cada individuo, precisamente por eso se mantiene como contingente. Para otros, la construcción de la psique del individuo se produce por el entramado de hechos históricos; sin embargo, ésta va siendo una incorporación historizada, por lo que la construcción del mundo psíquico no puede ser lineal.

Las vivencias en cada individuo se van metabolizando de una manera distinta en relación con su entorno, es decir, se van matizando a partir de vicisitudes y significados diferenciados para cada persona, un ejemplo: los padres incorporados son diferentes para cada uno de los hermanos, según el lugar que ocupen dentro de la familia. Esto trae como consecuencia un comportamiento único, por lo que ante las situaciones que se presentan como conflicto la respuesta será particular, como en el caso de la infertilidad, a la que algunas referencias atribuyen estados patológicos, altos grados de depresión y ansiedad, desórdenes psiquiátricos, estrés postraumático en ocasiones como explicación etiológica (Aghanwa, Dare y Ogunniyi, 1999; Domar, Friedman y Zutterman, 1999; Guerra, Liobera, Veiga y Barri, 1998).

Cuando se consultan estudios epidemiológicos en México (Valdez y Salgado, 2004; Berenzon, Medina-Mora y Lara, 2003; Lara, 2003), se ha observado que los trastornos de depresión y ansiedad u otros trastornos, en población abierta, son alrededor de 5 a 10%. La literatura psicológica en el área de la infertilidad refleja las tendencias en la formulación de los trabajos y entendimiento del fenómeno, como en la enfermedad en general. Cuando se trabaja con pacientes de esterilidad, los reportes más conservadores hablan de que estos trastornos van desde 25 hasta 45%; sin embargo, los datos clínicos sostienen que algunos de estos porcentajes son por un sobrediagnóstico.

Una razón es que los instrumentos de rastreo o tamizaje, en algunos casos, se han tomado como diagnósticos (Mori, Nadaoka, Mariota y Saito, 1997; Harlow y

Fahy, 1976; Bautel, Kupfer, Kirchmeyer, Kehde, Herrero y Weidner, 1999). El llanto, por ejemplo, es una forma de expresión de los afectos y no necesariamente un síntoma de depresión; lo encontramos en diversas manifestaciones de la expresión de los afectos: la alegría, la ira, el dolor y la ansiedad, por lo que se ha generado una sobreinterpretación, tanto por el sentido común como por algunos clínicos; al etiquetarlo de inmediato como un proceso psicopatológico, la mayoría de veces esta interpretación no guarda relación con la vivencia de la persona. Depresión y ansiedad son términos utilizados indiscriminadamente, algunas ocasiones de manera errónea; se han hecho de uso corriente tanto entre los profesionales de salud como entre la población en general, por lo que resulta necesario redefinir desde una conceptualización de la clínica.<sup>1</sup>

Existen eventos de la vida cotidiana que pueden provocar alteraciones emocionales. Esto representa una manifestación normal, sin que necesariamente se hable de psicopatología o, en términos clínicos, de trastornos de ansiedad o depresión.

Para diagnosticar depresión y ansiedad se debe recurrir a la propuesta de la fenomenología; ésta explica qué es un síntoma y su combinación con signos que llegan a formar síndromes, condición necesaria para elaborar un psicodiagnóstico (DSM-IV, 1995).

Por lo anterior, se realiza una propuesta contemplada desde la línea de la reproducción humana, específicamente sobre aspectos emocionales relacionados con esterilidad o infertilidad. El objetivo consiste en explorar dichas relaciones desde la psicología de la salud, con un tratamiento distinto del que tradicionalmente se ha realizado.

La postura de esta investigación es describir el gasto emocional que implica vivir una situación de esta naturaleza; anteriormente no se había planteado por qué unas mujeres presentan sintomatología y otras no. Como una forma de proponer nuevas unidades de análisis en torno al fenómeno de la esterilidad y ampliar el campo de discusión, se plantean nuevas interrogantes; básicamente se propone otra forma de estudiar el problema.

La mayoría de las mujeres que tiene problemas de esterilidad no ha entrado a un proceso de psicopatología, sino a un proceso de malestar psicológico (Morales,

---

<sup>1</sup> Cada vez son más los trabajos que hablan inicialmente de salud mental o psicológica y concluyen con trastornos adaptativos o manifestaciones reactivas, que no necesariamente son psicopatología o procesos de enfermedad mental (cf. Ávila, Ballesteros, Díaz, *et al.*).

Franco, Espíndola, Henales, Meza, Mota y Pimentel, 2004) que, si bien puede resultar, en algunas ocasiones contradictorio, ya que un sinnúmero de investigaciones hablan de depresión y ansiedad, el cúmulo de manifestaciones sintomáticas no permitirían hacer un diagnóstico conforme a los manuales de psicopatología (CIE-10, o DSM-IV).

Si se parte de las investigaciones que se han realizado en una institución de tercer nivel de atención (Instituto Nacional de Perinatología), en clínica se han desarrollado a lo largo de doce años de intervención y de investigación sobre esterilidad, podrían replantearse los conceptos tradicionales, donde se cuestione que la esterilidad equivale a presencia de psicopatología; lo anterior llevaría a asumir y asignar causalmente que los estados emocionales generan infertilidad o bien que las mujeres que cursan con el padecimiento entran en un proceso de padecimientos psiquiátricos.

Por la multitud de manifestaciones clínicas a lo largo del diagnóstico, tratamiento, pronóstico y, en algunos casos, resolución del problema mediante un embarazo, las vicisitudes del tratamiento e impacto en la vida emocional (expresado mediante síntomas depresivos, ansiosos, baja autoestima, bajo autoconcepto, deficientes relaciones de pareja y de la vida sexual, aislamiento, conflictos con la familia de origen y política, entre otros), no se tiene una clara definición clínica como entidad de trastorno mental o psicopatológico (Oddens, Den, Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1999).

Según las mediciones realizadas en mujeres que enfrentan esta dificultad de la vida reproductiva, ponen en evidencia que son una población típica, aunque dentro de la normalidad estadística (Arranz, Blum y Morales, 2001; Carreño, Morales, Aldana y Flores, 2000; Sanders y Bruce, 1999; Glover, Gannon Sherr y Abel, 1996), con base en antecedentes de diversas partes del mundo y de distintas culturas, se muestra cierta similitud en los resultados. Las modificaciones emocionales por esta condición son fenómenos que trascienden la cultura y se presentan sólo en alrededor del 20 a 30% de mujeres que buscan un embarazo. Sólo éstas desarrollarán las reacciones y no todas las infértiles, como se ha propuesto en algunas ocasiones.

Una explicación del cambio que sufren las mujeres, por lo general desde una postura culturalista, es el hecho de que la sociedad presiona a la mujer para lograr un embarazo. En sociedades donde la maternidad no es una condición de identidad de la mujer (Oddens, Den, Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1999), no se le presiona para tener hijos; dentro de esos esquemas culturales (principalmente

Europeos) la realización de la mujer no está condicionada por la capacidad de engendrar hijos. Con esto, los argumentos culturalistas y sociales pierden fuerza: ¿no será que, independientemente de la población estéril que se analice, del grupo étnico que se valore, las alteraciones de la vida psíquica responden de manera transcultural?

Actualmente puede proponerse que existen variables mediadoras como la autoestima, el *locus* de control, el tipo de afrontamiento y el papel de género, y la asertividad (Carreño, 2003), y las distintas combinaciones de estas variables funcionarán como protectoras o facilitadoras para la presencia de una entidad que, en sí misma, no es una psicopatología, pues no reúne los criterios diagnósticos de los manuales, sino que provoca manifestaciones reactivas, que se denominarán malestares psicológicos. “Se conceptualiza la salud y la enfermedad como un resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales” (Ballester, 1993).

La psicología, como disciplina, tiene que dar cuenta de aquellos aspectos estrictamente psicológicos, desde luego, sin perder el contexto social y biológico; además, debe tomar en cuenta que los contenidos sociales de una cultura e ideología, la maternidad por ejemplo, son inculcados y asimilados, pierden la categoría de ser culturales y se convierten en un contenido estrictamente psicológico, cuando son investidos por el mundo afectivo y tienen una representación particular para cada persona. También, cuando se habla de las características biológicas, se menciona que determinan el mundo psicológico; sin embargo, dentro de los contenidos psíquicos, no es posible diferenciar de manera clara la frontera entre lo biológico, psicológico y social, como se muestra en la figura 2.1.<sup>2</sup>



**Figura 2.1.** El mundo psíquico

---

<sup>2</sup> Para este momento se ha establecido una diferencia entre lo psíquico como acto fundamental que atañe al ser humano, mientras que las características generales del hombre pueden ser rastreadas en la mente que incluye instancias o formas particulares, sociales, históricas, de clase, de cultura, etcétera (cf. Tappan, 2004).

Cada individuo tiene representaciones, sociales y biológicas, expresadas mediante conductas, actitudes y expresiones del mundo interior o psíquico. Desde esta postura, es posible considerar que la esterilidad no es una alteración psicopatológica en sí misma, pero un proceso reactivo a las distintas fase del diagnóstico y tratamiento que siguen las parejas, y en especial a las mujeres, las lleva, en algunas ocasiones, a desarrollar manifestaciones depresivas o ansiosas; sólo alrededor de 5% presentan una patología franca y clínicamente catalogadas como tales. Las reacciones de depresión y ansiedad, múltiples manifestaciones en la vida cotidiana, afectan la calidad de vida de las mujeres que padecen estrés prolongado.

Cuando estas respuestas emocionales se extienden, incapacitan a las personas en varias áreas de su vida, por ejemplo, para comunicarse con su pareja y con su entorno; si se acentúa de manera rígida la importancia de un hijo como parte de la identidad, pone en riesgo el bienestar físico y psicológico, con alta cuota de sufrimiento (Carreño, 2003).

La infertilidad es un acontecimiento vital que se convierte en estresante y es calificado en la actualidad, sobre todo por las mujeres, con un impacto emocional elevado. Cuando una mujer conoce su imposibilidad de concebir hijos, se cuestiona la identidad como mujer, como única respuesta inmediata.

La mayoría de los estudios que se realizan tanto en México como en el resto del mundo en torno al problema de esterilidad, son similares por los instrumentos de evaluación que se utilizan.

Domar, Friedman y Zuttermeister (1999) indican que las mujeres con infertilidad presentan grados de depresión y ansiedad equivalentes a otros problemas de salud/enfermedad como el SIDA, el cáncer o las alteraciones cardiovasculares, el desarrollo de trastornos emocionales como ansiedad y depresión, son los más frecuentes en la población con problemas de la vida reproductiva.

Sobre los fenómenos de depresión y ansiedad existen informes que van de moderado a severo (Lu, Yang y Lu, 1995; Guerra, Llobera, Veiga y Barri, 1998) y con grados elevados de depresión (Aghanwa, Dare y Ogunniyi, 1999; Guerra, Llobera, Veiga y Barri, 1998; Beutel y cols., 1999; Glover, Hunter, Richards, Katz y Abel, 1999; Lukse y Vacc, 1999).

La ansiedad-estado frecuentemente es una manifestación y recurso adaptativo, puesto que permite hacer ajustes para poder enfrentar la situación; pero esta manifestación es de curso temporal. Se presenta en forma frecuente ante un evento amenazante frente al diagnóstico o pruebas de laboratorio, aunque no

llega a instalarse como una manifestación permanente y, por tanto, es una reacción normal y no una respuesta psicopatológica.

En cuanto a la ansiedad-rasgo, ésta se ha observado en los trabajos de Harlow, Fhay, Talbot, Wardle y Full (1996).

Si se toma en cuenta la propuesta de Spielberg, Martínez, González, Natalicio y Díaz (1980), quienes desarrollaron el instrumento de ansiedad rasgo-estado, ésta es una característica de personalidad y no una psicopatología, una forma de responder a los eventos estresantes. En un modelo formulado mediante la regresión lineal múltiple, con variables como la autoestima, papel de género de sumisión y la no asertividad en situaciones cotidianas. Las variables explicativas son variables de personalidad o clínicas que en sí mismas no manifiestan enfermedad, sino rasgos (Carreño, 2003).

La ansiedad-rasgo es una característica, una forma de respuesta permanente ante cualquier evento evaluado subjetivamente como amenazante y, por tanto, no es adaptativa, ya que tiende a ser una manifestación crónica; sin embargo, tiene importancia clínica para el tratamiento de una paciente en psicoterapia, pues se trata de una característica de la personalidad y no de un diagnóstico.

Otras investigaciones presentan la esterilidad como la manifestación y la experimentación de un número mayor de emociones como frustración, soledad, tristeza, pena, culpa, rabia (Miranda, Larrazabal y Laban, 1996; Oddens, Den Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1999). También se encuentra la permanencia de sentimientos de pena, debido a que se crea una perspectiva negativa de la posibilidad de embarazo, causa de que la mujer se sienta más inquieta y “nerviosa” (Mori, Nadaokam, Mariota y Saito, 1997; Lukse y Vacc, 1999).

En los últimos 28 años, la inseminación artificial se ha introducido con éxito en el tratamiento de la esterilidad. Las parejas sometidas a estos tratamientos habitualmente cuentan con una historia de búsqueda de soluciones, tanto mágicas como científicas (Castañeda y Bustos, 2001); cuando se realizaron intervenciones psicológicas para intentar incrementar la fertilidad en pacientes de reproducción asistida, todas ellas han derivado en fracaso, ya que la relación entre fertilidad y alteraciones emocionales no se ha encontrado, por lo que los sentimientos de frustración e indefensión siguen presentes (Anderheim, Holter, Bergh y Möller, 2005).

La esterilidad provoca la emergencia de una serie de recursos adaptativos que operan mediante determinadas respuestas psicosociales. Cuando estas respuestas son desadaptativas se convierten en malestar psicológico que constituye un

*conflicto con la realidad* (primera fuente de malestar psicológico) en mujeres con esterilidad.

De acuerdo con Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mullan (2002), existen variables mediadoras que influyen en el impacto de la relación estrés-estado emocional cuando se presenta un evento disruptivo (como esterilidad, pérdida de trabajo, etc.). Esto atañe al estado emocional, ya que afecta un área particular de la vida y el papel social.

La mayor parte de los trabajos revisados se centran en el estudio de las mujeres infértiles, debido a que, independientemente de que el factor de diagnóstico sea femenino, masculino, de origen desconocido o mixto, la mujer desarrolla más trastornos emocionales, incluso en el caso de que el factor sea masculino (Miranda, Larrazabal y Laban, 1995; Newton, Sherrard y Glavac, 1999).

Por ello, las pacientes con dificultades en la vida reproductiva tienden a enviar mensajes poco claros sobre la situación que están pasando y, al no obtener la respuesta esperada, el malestar se va incrementando, al grado de aislarse de su entorno familiar y social como respuesta a un sentimiento de incompreensión y hasta percibirse distinto del resto de las mujeres, lo que compromete el valor que ellas mismas se asignan (Carreño, 1994).

Cuando una mujer estéril tiene expresión sintomatológica por más de seis meses, como 30% de la muestras en México, pudiera estarse hablando de un trastorno adaptativo (Carreño, 2003).

Los trastornos adaptativos pueden ser crónicos. Las personas con esterilidad tienden a vivir y cronificar las reacciones de sintomatología cuando tienen antecedentes de autoestima baja, ansiedad-rasgo alta y papel de género de sumisión, así como una asertividad indirecta como características personales (Carreño, 2003). Estas condiciones en sí mismas no forman ningún cuadro psicopatológico en los manuales de diagnóstico.

Por eso las mujeres de distintas culturas presentan alteraciones emocionales, porque son variables estrictamente psicológicas las que generan esta condición y no sólo son determinantes las presiones sociales y culturales, como se ha explicado.

La esterilidad por sí misma no genera cambios emocionales que lleven a manifestar sintomatología, ya que en psicología no hay variables que den cuenta del fenómeno de una manera lineal, sino que dependerá de variables mediadoras que permitan enfrentar el conflicto de una manera adaptativa o desadaptativa.

Cuando es desadaptativa, se traduce en las personas como un malestar psicológico por eventos de la vida cotidiana.

Cuando se analizan las diferentes muestras de mujeres estériles en México, la mayoría de las manifestaciones sintomáticas no tienen correlación con variables sociodemográficas de las muestras valoradas, ya que su grado de explicación tiene que ver con la historia de vida de la paciente y, desde luego, con la historia de cómo ha afrontado las situaciones percibidas como difíciles o en los distintos *eventos de la vida* (segunda fuente de malestar psicológico).

La infertilidad impactará de forma distinta a cada persona y en esa particularidad de la respuesta jugarán un rol factores como el género, la personalidad del sujeto, su historia personal previa y, también, los estilos personales de afrontamiento a situaciones adversas.

Las creencias presentes en el entorno cultural influirán en la respuesta emocional frente a la experiencia de la infertilidad. Según se conceptualice la situación emocional, se debe adecuar el tratamiento psicológico de las pacientes. “Sin embargo, en la última década se ha comenzado a enfatizar no tanto si una persona está o no enferma, sino sus variaciones en grados de salud, situándola de este modo en un continuo, asumiendo además una distribución de frecuencia normal, con la mayoría de la gente en el rango central y sólo un poco en cada extremo” (Warr, 2002).

El malestar psicológico es un término complejo, ya que no se logra consenso con respecto a la definición; desde luego está determinado por su carácter temporal, donde intervienen factores subjetivos (cómo se valora el evento) y objetivos (el evento en sí mismo).

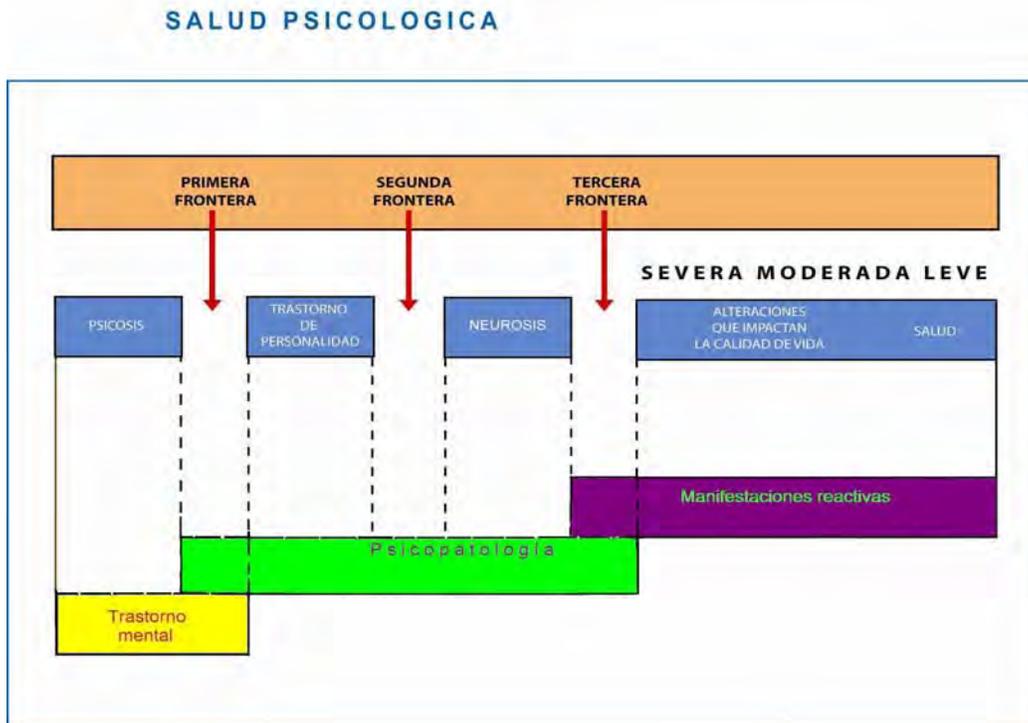
Los antecedentes en torno a la esterilidad indican que todo aquello que se intente medir en esta población tiene un carácter relativo, pues los datos pueden ser incluso contradictorios, por lo que no existe una definición que permita reconocer los fenómenos que se presentan en la población estéril desde la perspectiva de la psicología de la salud.

## 2.1 LA PROPUESTA

A continuación se presenta la propuesta de cómo es que se entiende la salud psicológica de la mujer con problema de esterilidad (Carreño, Blum, Sánchez y Henales, 2008).

## 2.2 PRIMERA FRONTERA

El esquema que se presenta a continuación constituye una propuesta en cuanto qué puede ser la salud psicológica y qué la enfermedad. A partir de los estudios de epidemiología y salud mental se construye el esquema que va de enfermedad a salud (véase figura 2.2), donde puede observarse que las enfermedades mentales tienen una definición muy clara; las psicosis son una entidad nosológica definida. El problema de diagnóstico se presenta cuando se traslapa con los trastornos de personalidad; ésta constituye una *primera frontera*, en donde las manifestaciones se pueden ubicar, ya sea en la psicosis o los trastornos de personalidad.



**Figura 2.2.** Trastorno mental, psicopatología *vs.* manifestaciones reactivas en la mujer estéril

Las psicosis se han ubicado como enfermedad mental de carácter biológico, donde los factores de crianza tienen muy poco que ver; al ser una situación premórbida, se puede presentar en cualquier momento de la vida. Algunas ocasiones hay un evento desencadenante, como la esterilidad, por ejemplo; en

otras, no. El manejo efectivo por elección será farmacológico. Cuando la manifestación se presenta con un trastorno de personalidad, el debate está presente en cuanto a su manejo. Para algunos es factible la recuperación mediante la psicoterapia; para otros el manejo combinado con fármacos es la estrategia a seguir; sin embargo, el método de cómo se tiene que tratar este problema no está bien definido.

Otras propuestas, aunque desde el punto de vista clínico son poco convincentes, suponen una fase intermedia entre la psicosis y la neurosis; para otra más, es una manifestación sutil que tiene su origen en antecedentes de orden biológico, que no llegan a ser tan incapacitantes como la psicosis en descontrol. Un buen número de personas con trastornos de personalidad son funcionales, aunque con conflictos severos con el entorno. Se llega a diagnosticar esta patología cuando existe un evento grave, como el intento de suicidio o el atentado contra otra persona.

En la primera frontera, al no poder reconocer el origen y el cúmulo de manifestaciones, muchos síntomas son compartidos, como ejemplo, los trastornos depresivos, sobre todo en sus primeras manifestaciones, no se ubican en un campo específico, psicosis o trastornos de la personalidad. Esto genera un individuo de difícil manejo, tanto con fármacos como con psicoterapia.

Estos dos padecimientos (psicosis o trastornos de la personalidad) pueden tratarse con una alta efectividad, mediante los psicofármacos y, en algunas situaciones, psicoterapia. El campo de las psicosis está bien determinado. Para su manejo, la psiquiatría será la única que permita la remisión y control de los síntomas.

### **2.3 SEGUNDA FRONTERA**

En una segunda frontera, inician los padecimientos que están agrupados en las llamadas neurosis, término que aún sigue vigente para designar todos aquellos padecimientos que, para muchas personas, resultan incapacitantes.

En cuanto a la incapacidad de ser individuos productivos, este tipo de psicopatología, desde luego, es cuestión de grados: tener como base un padecimiento neurótico genera mayor complicación, por ejemplo, en las adicciones, conflictos de pareja, relaciones laborales, algunas fobias. Se propone actualmente que los trastornos de alimentación, tiene de base, un componente neurótico, algunas manifestaciones como depresiones menores o algunos estados

de ansiedad, sin etiología clara, en general se manifiestan con todo su entorno y sus relaciones afectivas.

La cercanía a esta segunda frontera incrementa la sintomatología reportada y puede constituirse en una verdadera situación incapacitante en donde se halla comprometida la salud psicológica; en la medida en que se aproxima a la tercera frontera, la expresión de la enfermedad será menos grave y, por tanto, el tratamiento desde la psicoterapia resulta más claro.

La mayoría de la población, como se puede observar, tiene expresiones reactivas ante eventos de la vida cotidiana, como esterilidad, un embarazo no deseado, el rompimiento de una relación de pareja, conflictos en las relaciones de la vida sexual y de convivencia, en fin, pudieran enumerarse todos aquellos acontecimientos que se van presentando en lo cotidiano y, en ocasiones, ante la imposibilidad de tomar decisiones, genera una respuesta emocional sin que necesariamente sea producto de una psicopatología; aunque todas estas condiciones pueden impactar en la calidad de vida de las personas.

## **2.4 TERCERA FRONTERA**

La tercera frontera está constituida por aquellos casos donde se sobreponen algunas psicopatologías con el malestar psicológico<sup>4</sup> ante los eventos de la vida cotidiana, por tanto, las manifestaciones clínicas serán explicadas sobretodo cuando se observa una reacción severa, en cuya base se encuentra una situación con psicopatología de neurosis. Por ejemplo, las personas que enfrentan un problema de esterilidad, cuando se ubican dentro de la tercera frontera, pueden reaccionar mediante una depresión o un estado de ansiedad generalizado, un evento desencadenante de una complicación de vida reproductiva, como lo muestran estudios realizados en México, donde 5% presenta estas expresiones de síntomas como una patología bien definida y perfectamente descrita por los manuales de diagnóstico (DSM-IV).

Las manifestaciones reactivas, entre más se alejen de esta tercera frontera, se van presentando de moderada a leve y, por tanto, constituyen una expresión reactiva que será observada clínicamente como malestar psicológico que altera la calidad

---

<sup>4</sup> La adaptación normal puede incluir períodos significativos de tristeza y llanto, sentimientos periódicos de ira contra Dios o el poder superior percibido por la persona, períodos de retraimiento y aislamiento e, incluso, pensamientos de darse por vencido. No obstante, al igual que con el diagnóstico inicial, este sufrimiento es seguido por una adaptación gradual durante el transcurso de algunas semanas. Es importante observar que estas reacciones comunes no indican necesariamente una psicopatología (National Cancer Institute, 2006).

de vida; sin embargo, son expresiones sanas que intentan modificaciones para lograr una adecuada adaptación ante la situación que están afrontando. La severidad de esta manifestación dependerá en gran medida de la historia de vida. Ante la variada manifestación de síntomas, se propone un concepto que abarque a todos éstos: *malestar psicológico*.<sup>5</sup>

Se han aislado tres grupos de conductas que sigue la paciente con problemas de esterilidad:

| <b>Cambios en la conducta habitual</b>   | <b>Cambios sintomáticos</b>  | <b>Cambios relacionales</b>  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Llanto excesivo.</li> <li>▶ Labilidad afectiva.</li> <li>▶ Apetito.</li> <li>▶ Patrones de sueño.</li> <li>▶ Alteraciones sexuales.</li> <li>▶ Culpa, vergüenza, temor a la crítica.</li> <li>▶ Dificultad en la toma de decisiones.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Manifestaciones de ansiedad.</li> <li>▶ Manifestaciones de depresión.</li> <li>▶ Quejas somáticas múltiples.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Pérdida inexplicable de amistades.</li> <li>▶ Conflictos con la familia política.</li> <li>▶ Dificultades conyugales.</li> <li>▶ Dificultades en otras áreas (trabajo, escolaridad).</li> <li>▶ Adherencia terapéutica deficiente.</li> <li>▶ Aislamiento.</li> </ul> |

Las manifestaciones clínicas de sintomatología que expresa la mujer con problemas de esterilidad, los cambios en la conducta habitual, las manifestaciones sintomáticas y conflictos relacionales, por su número y calidad, pueden ir de leve a moderado y severo; dependerá de dónde parte y cuál es su origen: desde la segunda frontera o la tercera, o es producto de la expresión de malestar psicológico. Alrededor de 5% van a tener su origen en la segunda y tercera fronteras, por lo que la sintomatología referida por la mujeres será moderada y severa. Sólo ahí se pueden ubicar los llamados trastornos depresivos y los trastornos ansiosos que comprometen la salud mental de las mujeres con problemas de esterilidad.

<sup>5</sup> El estudio del bienestar humano es, sin duda, un tema complejo sobre el cual los científicos sociales no logran consenso. La falta de acuerdo en su delimitación conceptual se debe, entre otras razones, a la complejidad de su estudio, determinada en mucho por su carácter temporal, su naturaleza plurideterminada, donde intervienen factores objetivos y subjetivos (García, González, 2000, p. 586).

Para otras, en 2.5% el origen será la primera frontera. La esterilidad será el evento desencadenante de una enfermedad mental severa que no tiene que ver con el evento reproductivo, pues aun logrado un embarazo puede requerir de un manejo especializado por parte del psiquiatra.

Con el objetivo de intentar agrupar a todas las respuestas y los síntomas reportados por las mujeres en tratamiento, es que proponen categorías. Dichas categorías se aplican cuando la sintomatología de los trastornos no cumple los criterios de CIE-10 o DSM-IV.

## **2.5 CATEGORÍAS DEL MALESTAR PSICOLÓGICO**

### ***Reactivo a la esterilidad***

La categoría se aplica cuando la paciente manifiesta modificaciones psicológicas reactivas a la esterilidad y ha pasado, al menos, un año desde el diagnóstico del padecimiento, y no se debe en apariencia a un trastorno mental o de psicopatología. La paciente manifiesta cambios en el estado de ánimo que van de reacciones depresivas y/o ansiosas y labilidad emocional, pero no son lo suficientemente graves para cubrir criterios diagnósticos de los manuales: manifestación acusada de autoestima baja, autoconcepto bajo, sumisión o machismo como papel de género, marcada dificultad para disfrutar lo que anteriormente hacía, descontrol en la ingesta de alimentos (+ 5 por ciento del peso corporal), excesiva dependencia (pareja, familia y amigos), incremento en la necesidad de aprobación, alteraciones de la vida sexual.

### ***Con alteraciones en la vida de pareja***

Esta alteración se presenta cuando, a partir del diagnóstico, se busca un responsable por no lograr el embarazo; esto genera malestar en la convivencia exclusivamente por la falta de un hijo.

### ***Problemas con la familia de origen o política***

Se presenta cuando la paciente es objeto de descalificaciones y presiones por parte de un familiar; genera en la paciente llanto y tristeza en la paciente que siente que no cumple con las expectativas familiares. El malestar se presenta cuando la paciente vive con culpa y vergüenza: por la imposibilidad de lograr el embarazo, recurre al aislamiento.

### *Con alteraciones sexuales*

La paciente manifiesta modificación en la frecuencia y calidad de la vida sexual a partir de un procedimiento médico de reproducción asistida o coito programado. En forma aguda o crónica, el malestar se manifiesta por la incapacidad disfrutar la relación con periodos alternados (por ejemplo, la paciente afirma que tiene relaciones sexuales únicamente con el objetivo de lograr el embarazo).

### *Con modificación en la toma de decisiones*

El diagnóstico se presenta cuando el problema se reduce a situaciones que le plantea el tratamiento; es lo suficientemente intenso para generar malestar agudo o crónico y crea cambios en la conducta habitual (por ejemplo, cuánto tiempo va a estar sometida a un programa de reproducción asistida) frente al tratamiento, a la vida en pareja, abandono o permanencia en el trabajo, abandono o permanencia en la vida académica.

## **2.6 GRADOS DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON ESTERILIDAD**

### *Leve*

Cuando la paciente, a consecuencia de sus tratamientos, presenta modificaciones en su estilo de vida de manera difusa (por ejemplo, no disfruta algunas de sus actividades).

### *Moderado*

Cuando la paciente, a consecuencia de sus tratamientos, inicia modificaciones en su entorno inmediato y al menos han pasado cinco años de evolución del padecimiento en dos de sus actividades principales (escuela, trabajo y familia); el resto de sus actividades permanecen sin cambio.

### *Severo*

Cuando la paciente, a partir del diagnóstico, presenta cambios radicales en su estilo de vida; manifiesta más de cinco síntomas: alta dependencia, aislamiento, alteraciones sexuales, culpa, autoestima baja, descontrol en la ingesta de

alimentos, dificultades para dormir, dificultades en la toma de decisiones, más de ochos años de evolución de infertilidad.

La salud-enfermedad es un continuo. Ante eventos de la vida cotidiana, la mayoría de la población está expuesta a sufrir modificaciones o inestabilidad en su mundo afectivo, situaciones que escapan a su control por ser impactantes o difíciles de integrar a su repertorio de respuestas, como ante la esterilidad. Nadie está preparado para saber cómo se debe enfrentar un padecimiento de estas características; sin embargo cerca de 70% de las mujeres con esterilidad no modificarán su esfera afectiva al tener variables protectoras, como se conoce por algunos estilos de afrontamiento: *locus* de control, grado de autoestima y una plena identificación con su papel de género, que evitarán que estas reacciones presenten manifestaciones clínicas.

Las alteraciones de la vida cotidiana pueden presentarse en la mayoría de la población sin ser patologías, sólo manifestaciones reactivas; pueden presentarse ante un evento que las personas no pudieran manejar o ante un hecho concreto; sin embargo, la mayoría de la población puede solucionarla en forma satisfactoria.

Un buen porcentaje de la población estéril vivirá sin que algunas situaciones afecten su vida cotidiana; para otros, el efecto será en el grado de alteraciones emocionales de carácter pasajero en áreas particulares que no impactan en la calidad de vida y, por tanto, será una población sana desde el punto de vista de la salud psicológica.

En cuanto al deseo de la maternidad, se puede observar que es una amalgama compleja de deseos, cultura y educación. El deseo de estar embarazada y de educar a un hijo son cosas distintas: el embarazo refuerza en la mujer la idea de que su cuerpo está funcionando adecuadamente. El deseo de ejercer la crianza puede explicarse por presiones familiares, sociales o culturales; sin embargo, lo que subjetivamente representa tener y criar un hijo puede ser entendido como una necesidad subjetiva de las mujeres con infertilidad. El grado de incapacidad vivido por la mujer infértil determina el componente u origen de la respuesta desde la salud o la enfermedad.

No replantear los términos de salud-enfermedad deja a la psicología de la salud sin posibilidad de intervención. En ocasiones, aquellas manifestaciones que se intentan catalogar en la actualidad como ansiedad y depresión son “*curadas*” por no especialistas de la salud, con aproximaciones que no parten de la psicología; esto lleva a pensar que el camino de la salud psicológica es terreno de todos.

Para el presente estudio es útil considerar que el bienestar psicológico constituye una vivencia personal que se puede manifestar en reportes del cuestionario general de salud, le permite al paciente describir sus circunstancias objetiva y subjetiva.

Como una forma de contraste, se presentan nueve modelos que explican la salud mental; las propuestas se relacionan con la explicación del fenómeno psicológico que se halla presente en la esterilidad.

## **2.7 MODELOS TEÓRICOS QUE EXPLICAN LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

### ***Modelo de salud mental de Warr (1987)***

La salud mental se compone del bienestar activo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado que resulta del intercambio entre las características del medio, los procesos que las originan y ciertos atributos de la personalidad. Además, otros factores que afectan la salud mental son la edad, el género, el estatus socioeconómico, los valores personales, las habilidades psicomotoras, intelectuales y sociales. Según Warr, las características del medio inciden favorablemente en la salud mental son: la oportunidad de ejercer control sobre el medio, la oportunidad de utilizar y desarrollar los propios conocimientos y capacidades, la existencia de objetivos generados por el medio, la variedad de actividades, la claridad ambiental, la disponibilidad económica, la seguridad física, las oportunidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales y una posición social valorada; si algunos de éstos llegan a faltar o a darse exageradamente, incidirán desfavorable o menos positivamente en el logro de la salud mental.

### ***Modelo de causación social de Mirowsky y Roos (1989)***

Los autores han observado que una disminución en la calidad de la salud mental se manifiesta en un estado subjetivo de malestar evidenciado por síntomas de depresión y ansiedad. Además, vinculan las condiciones sociales objetivas de los sujetos con un bienestar, pues las diferencias sociales, de alienación, de autoritarismo, de control personal y flexibilidad cognitiva desde luego afectarán significativamente los grados de salud mental.

*Teoría de la indefensión, atribución de causalidad y depresión de Abramson, Seligman y Teasdale (1978)*

Los depresivos tienen un estilo atributivo llamado “estilo pesimista de causalidad”, que consiste en atribuir los eventos aversivos incontrolables a factores internos, globales y estables; sin embargo, a raíz de diversas investigaciones sobre el tema, parece ser que el estilo de causalidad es más un efecto de la depresión que una causa, y que la diferencia sustancial con los sujetos no depresivos es la falta de sesgo autorreforzante.

*Modelo cognitivo de depresión de Beck (2008)*

Explica la depresión como consecuencia de las experiencias infantiles que inducen al sujeto a tener una imagen negativa de sí, de los demás y el futuro. Los depresivos manifiestan una triada cognitiva negativa y varios sesgos cognitivos: inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico, abstracción selectiva, errores evaluativos de la magnitud de un acontecimiento y personalización-generalización.

*Sesgo sociocognitivo y salud mental de Ellis (1987)*

Sostiene que los sujetos que presentan trastornos emocionales poseen formas de pensamiento irracionales; no presentan un estilo atributivo autorreforzante y muestran ser más realistas en la visión de sí mismos; no presentan la expectativa del control ni una tendencia a verse mejor que otros en habilidades ni a creer que comparten sus creencias y sentimientos; tienen una creencia realista de la probabilidad de sufrir acontecimientos aversivos. Por tanto, el estado de ánimo negativo predispone un estilo convergente, reduccionista y conservador, de contraste explicación y readecuación realista con el medio.

*Modelo de la predicción de Schwarzer (2000)*

El modelo sostiene que los principales predictores de la salud mental son el puente existente entre la intención de la conducta y las estrategias de planificación, un punto fundamental es recobrar la autoeficacia. Los predictores fundamentales son la planificación y la autoeficacia ya que son los mediadores en torno al problema que se está viviendo, basándose en las teorías de la motivación para la protección o la teoría de la planeación de la conducta. La personas no

siempre se comportan de acuerdo con esas intenciones, este desacuerdo entre intención y conducta es debido a diversas razones. La intención necesita estar complementada por otros factores, más razones que puedan comprometer o facilitar la traducción de intención en acción.

Esos factores potenciales pueden ser identificados y percibidos como autoeficacia y estrategias de planificación son los principales factores que determinan la iniciación y la adherencia en la conducta de salud. La confianza dada por la autoeficacia, es el principal componente que permite hacer y mantener la conducta de salud.

### *Modelo dinámico multisistema del aprendizaje humano y psicopatología (Masten, 2003)*

La perspectiva refleja una transformación de los modelos de psicopatología en los niños al proponer tres principios fundamentales para el desarrollo de psicopatología, con relevancia en las prácticas escolares: *a)* los niños están viviendo en sistemas que reflejan interacciones complejas con otros sistemas, incluida la escuela, la cual está inserta en sistemas aún más grandes y complejos, como son los sociales; *b)* sobre la base del entendimiento de la adaptación positiva y el desarrollo, el modelo es importante para prevenir y tratar los problemas particulares entre los niños de alto riesgo para psicopatología, y *c)* una aproximación más compleja es requerida para intervención o la investigación de la realidad del niño y proporcionar elementos que permitan, a partir de la vivencia del propio niño, incrustarla en los sistemas complejos que permitan una adaptación sana.

La aproximación más compleja fue la investigación centrada en la teoría de la resiliencia, reconociendo el papel que juega en la adaptación sana; al ser un factor de protección, se generó todo el diseño conceptual para valorar e investigar el desarrollo sano y facilitar la tarea de prevención y tratamiento de la psicopatología de los infantes en edad escolar.

Desde esta perspectiva, la aproximación es compleja donde intervienen una gran variedad de sistemas, el desarrollo infantil no sólo requiere del sistema escolar para vigilar el buen desarrollo, sino que el fenómeno requiere de la colaboración de sistemas elementales, el profesor en el aula, la escuela y la comunidad local, hasta llegar a los macrosistemas, como serían las políticas educativas nacionales y las organizaciones de salud mental a escala nacional.

### *Modelo comunitario de atención a la salud (Rutter, 2004)*

El proporcionar acceso a los servicios de atención a la salud dependerá de las dependencias encargadas de la salud y de la disposición de las diferentes entidades gubernamentales, sin embargo, el modelo de atención a la salud dependerá en gran medida de la gestión local que se pueda realizar, tomando en consideración que el trabajador social es una parte importante dentro del equipo multidisciplinario del cuidado de la salud. La gestión, es el modelo de acompañamiento para manejar a la población con enfermedad mental severa, para el modelo el caso de la gestión es variado, implica valoración interna y externa, diferencias del costo, calidad de la atención, ineficiencias y duplicación de esfuerzos y la insatisfacción de los pacientes.

### *Modelo biopsicosocial (Luecken-Compas, 2002)*

El modelo biopsicosocial hace la propuesta explicativa ligando el estrés y los estados emocionales con el sistema neuroendocrino-inmunológico: sin embargo, la controversia existe alrededor de soportarlo con evidencia que apoye a cada paso del modelo. Las autoras proponen que el distress emocional está asociado con el incremento de la hormona cortisol, y a su vez ésta inhibe la función inmune.

El aumento de cortisol, en población abierta, se asocia con trastorno de depresión mayor, trastorno de pánico con agorafobia y manía bipolar. El incremento de cortisol por 24 horas en 50% de los casos se asocia con depresión mayor, aunque el decremento puede estar asociado con depresión atípica.

Los factores psicosociales también juegan un papel importante, aunque aún no es claro, la relación causa-efecto no puede estar determinada, los tratamientos médicos complican reconocer las influencias de los factores psicosociales, aunque, cuando la persona percibe un medioambiente hostil se van a desplegar estrategias evitativas que impiden el ajuste al entorno social, generando altos niveles de distress.

Para completar el modelo en su perspectiva psicológica, la variable fundamental con la que han investigado es la autorregulación con sus cuatro componentes: *a)* cognición, incluidas las preocupaciones intrusivas; *b)* emoción, incluyendo ansiedad, enojo y estado de ánimo disfórico; *c)* excitación fisiológica, y *d)* conducta, incluidas las tendencias alrededor de escape-evitación.

### 3. AFRONTAMIENTO Y SALUD

El concepto de *afrentamiento* ha tenido su importancia dentro de la psicología por más de 40 años. Significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y constituye el centro de varias psicoterapias y de programas educativos que tienen como objeto desarrollar recursos adaptativos. El afrontamiento ha sido reconceptualizado principalmente a partir de los años ochenta y constituye uno de los aspectos más relevantes desde el punto de vista de la psicología (Escriba, Bernabé, 2002).

El afrontamiento se relaciona y explica a partir de diversos factores que incluyen en la evaluación cognitiva del sujeto recursos psicológicos, situaciones medioambientales; sobre todo se le entiende a partir de lo que se conoce como estrés. No representa un concepto plenamente definido, pues lo describen como estrategias, tácticas, respuestas, cogniciones o comportamientos (Escriba, Bernabé, 2002; Góngora, Reyes, 1999).

Con el paso del tiempo, el afrontamiento ha sido definido por diferentes corrientes y de diversas formas. Todos los estudiosos del tema coinciden en que es un concepto complejo y multidimensional (Escriba y Bernabé, 2002; Góngora, Reyes, 1999; Crespo y Cruzado, 1997).

La mayoría de los estudiosos del tema coincide en que se trata de un concepto con una alta complejidad, dada su naturaleza: actúan las características personales, los factores situacionales y las transacciones continuas entre el ambiente y las personas. Otra característica es la multidimensionalidad. Como todos los conceptos en psicología cumplen esa condición, para los fenómenos psicológicos no existe la linealidad, sino una expresión que tiene que ver con el individuo-ambiente, los rasgos de personalidad, el problema en sí mismo, la historia del individuo en la resolución de las situaciones problema que ha enfrentado, en fin, con la variedad de expresiones de la vida psíquica, motivacional y afectiva del

individuo van a determinar la multidimensionalidad, entre otros, del afrontamiento. Las investigaciones recientes la destacan como una de las principales variables moderadoras, lo que hace que algunas personas permanezcan sanas a pesar de estar en situaciones estresantes y otras no (Góngora, 2000).

En distintos trabajos, el término de afrontamiento se maneja como *confrontar* o *enfrentar*. Aunque se ha incrementado significativamente la investigación en esta área, uno de los problemas importantes es que todavía no hay un acuerdo en su definición y conceptualización (Góngora, 2000). Otro elemento fundamental del afrontamiento es su carácter de moderador entre eventos estresantes y la adaptación en cuestiones relacionadas con el bienestar físico y psicológico.

Folkman y Lazarus (1986) lo definen como las exigencias internas y/o externas creadas para dominar, reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas creadas por las transiciones estresantes. Sin embargo, existen tantas categorías sobre este concepto como autores (Crespo y Cruzado, 1997). El afrontamiento se basa en dos conceptos: el método usado y la focalización de la respuesta; por la diversidad de posibilidades, las respuestas pueden ser activas o evitativas, a su vez, éstas están dirigidas hacia el control de la emoción o hacia la resolución de problemas. Por ello, resulta crucial que la psicología estudie e investigue de una manera seria y sistemática este tema (Góngora, Reyes, 1999).

Según Lazarus, los individuos no sólo son víctimas del estrés sino que su manera de apreciar los acontecimientos estresantes (interpretación primaria) y sus propios recursos y opciones de afrontamiento (interpretación secundaria) determinan la naturaleza del estrés, definido como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante y desbordante de sus recursos y que pone en riesgo su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1991).

De acuerdo con Holroyd y Lazarus (1982), el estrés psicológico tiene lugar cuando el individuo reconoce que hay un desequilibrio entre las demandas ambientales (internas-externas) y sus propios medios para afrontarla. Cuando ocurre este desequilibrio, se supone que las respuestas de estrés resultan determinadas psicológicamente por la interacción de los procesos de la interpretación y de afrontamiento. Por ello, Lazarus y Folkman (1991) ponen de manifiesto su interés sobre la dinámica del estrés mediante el análisis de dos procesos que tienen lugar en la relación individuo-entorno: el afrontamiento y la evaluación cognitiva.

Dentro de la tradición psicoanalítica se define como un conjunto de pensamientos y actos realistas flexibles encaminados a la solución de problemas y se identifica comúnmente con el éxito adaptativo (Meninger, 1999).

De acuerdo con el enfoque de estrés y afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1991), cuando el estrés tiene lugar, el individuo juega un papel activo para experimentarlo como tal. De esta manera, los procesos cognitivos de interpretación y afrontamiento favorecen el tipo de respuesta dirigida a la situación estresante en cuestión.

Para ellos, el afrontamiento se refiere a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991). La evaluación cognitiva se refiere al proceso que determina las consecuencias de un acontecimiento dado en un individuo; refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y percepción) y el entorno, cuyas características deben predecirse e interpretarse (Holroyd y Lazarus, 1982).

En este mismo orden de ideas, el proceso cognitivo tiene dos dimensiones: evaluación primaria o interpretación de un evento de calidad irrelevante, benigno-positiva o estresante; y evaluación secundaria o afrontamiento que involucra la serie de habilidades y recursos del propio sujeto para tratar en dicho evento (Lazarus y Folkman, 1991).

En lo que se refiere a la evaluación primaria (Casado, 2002), las evaluaciones irrelevantes aluden a las experiencias que tiene el individuo dentro de su medio ambiente y no representan ningún problema para él, es decir, no están implicados valores de compromiso.

Las evaluaciones benigno-positivas tienen lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan el bienestar o se tiene la percepción de conseguirlo.

En las evaluaciones estresantes se incluyen las de daño o pérdida cuando el individuo ha experimentado algún perjuicio, como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, daños a la autoestima o haber perdido a algún ser querido. Los acontecimientos más perjudiciales consisten en pérdidas de compromisos importantes. La amenaza se concibe como daño o pérdida que todavía no ocurre, pero que se prevé. Aunque haya ocurrido, se considera

igualmente amenazador las posibles implicaciones negativas futuras que toda pérdida lleva consigo.

En el desafío hay una valoración de las fuerzas negativas necesarias para vencer la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras, como impaciencia, excitación y regocijo. El desafío tiene mucho en común con la amenaza, en el sentido de que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento, sólo que la amenaza valora principalmente el potencial lesivo que se acompaña de emociones como miedo, ansiedad y mal humor (Lazarus y Folkman, 1991).

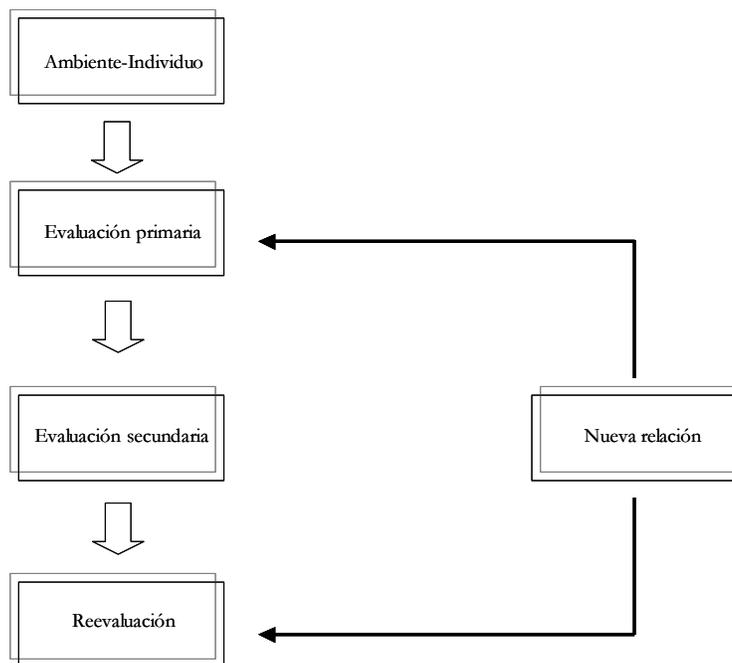
La evaluación secundaria (Plata, Castillo, Guevara, 2004; Casado, 2002; Lazarus y Folkman, 1991) consiste en analizar qué recursos pueden aplicarse ante una situación determinada y en la elección de la opción afrontativa sobre otras por su acción efectiva.

Así, las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento y las primarias de lo que hay en juego interaccionan entre sí y determinan el grado de estrés, intensidad y calidad de la respuesta emocional. También dichas evaluaciones poseen una estructura de carácter complejo, ya que siempre están en función de los factores individuales y del contexto en que se desarrolla la situación.

Otro concepto fundamental dentro de esta teoría es la reevaluación: un cambio introducido en la evaluación inicial con base en la nueva información que se adquiere del medio a partir de la información que se obtiene de las propias reacciones del individuo. Puede considerarse también como una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa capaz de modificarla (figura 3.1).

Los compromisos tienen implicaciones motivacionales; expresan lo que es máspreciado para el individuo e influyen en la toma de decisiones. Por tanto, cualquier situación que involucre un compromiso será valorada como significativa, en la medida que representa una amenaza, daño o beneficio. Los compromisos también influyen en la evaluación mediante la forma que determine la sensibilidad del sujeto sobre las características de la situación y su relación con la vulnerabilidad psicológica del individuo; esta relación puede tener efectos opuestos, por un lado, el potencial de una situación, para ser psicológicamente dañina, amenazante o desafiante depende directamente de la intensidad con la que establecen compromisos; cuanto mayor sea el grado de profundidad al que se encuentre comprometido, será mayor el potencial de la situación amenazante o

dañina. Por otro lado, la misma intensidad del compromiso capaz de determinar la vulnerabilidad puede impulsar a actuar para reducir la amenaza y ayudar a desarrollar recursos para hacer frente a los obstáculos que se presenten. Cuanto mayor sea la intensidad de compromiso, mayor será la vulnerabilidad al estrés psicológico.



**Figura 3.1.** Modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman

Las creencias también determinan la forma en que una persona evalúa lo que ocurre o va ocurrir a su alrededor. La mayoría de las creencias son esenciales para la evaluación. Las creencias existenciales y las que se relacionan con el control personal tienen un interés particular (Lazarus y Folkman, 1991). Las primeras son creencias generales que permiten al individuo encontrar significado y mantener su esperanza en situaciones difíciles. Las segundas se refieren al grado en que una persona piensa que las situaciones pueden resultar controlables y son las que más afectan el bienestar del individuo cuando se encuentra en situaciones ambiguas. Keefe (1989) reporta que evaluar una situación como controlable reduce el estrés; sin embargo, también puede incrementar la sensación de amenaza si el control se opone al estilo habitual de la persona.

Las creencias de control que han recibido mayor atención por parte de los investigadores hacen referencia al *locus* de control interno y externo. Un *locus* de

control interno se manifiesta cuando el individuo piensa que el control de cualquier situación depende de él mismo, de lo que haga o deje de hacer; mientras que el *locus* de control externo está presente cuando existen creencias de que el control de las cosas no depende del individuo, sino del medio circundante.

### 3.1 AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA Y CENTRADO EN LA EMOCIÓN

El afrontamiento se considera un aspecto valioso en la adaptación del individuo. Las primeras formulaciones concibieron este término como una característica o rasgo permanente del individuo. Usualmente se pensaba que la persona podía actuar en diversas situaciones de la misma manera. Se consideró también que el afrontamiento se conducía en función de un estilo defensivo o confrontativo evitativo.

El afrontamiento es multidimensional y variable, y depende de la naturaleza del evento estresante (Pearlin y Schooler, 1978). Por ejemplo, Larsson (1988) considera como estrategias de afrontamiento las siguientes: *a)* centradas en el problema, que reflejan conductas para solucionar el problema; *b)* reestructuración cognitiva o reevaluación cognitiva; *c)* evitación de la gente, pensamientos y situaciones; *d)* pensamiento centrado en lo social, que refleja la importancia de los recursos sociales y, *e)* autodenigración, que se refiere a la autocrítica o culpa.

Pearlin y Schooler (1978) reconocen como dimensiones de afrontamiento los recursos sociales, una especie de red interpersonal en que se encuentra inmerso el individuo e incluye: obtención de medios de apoyo (familia, amigos), recursos psicológicos (autoestima, denigración, dominio) y, por último, las respuestas de afrontamiento (cognición y conducta).

Folkman (1986) afirma que el afrontamiento se manifiesta mediante dos principales funciones, una dirigida al problema y otra a la emoción: la primera se refiere a la búsqueda de soluciones alternativas y se expresa por medio de acciones específicas orientadas al evento que está causando distrés. Un ejemplo, la habilidad para conseguir información, analizar la situación, examinar las posibilidades de solución y elegir un plan de acción son formas de afrontamiento dirigido al problema.

El afrontamiento dirigido a la emoción implica regular la respuesta emocional ante el problema: distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, evitación-escape, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva son

formas dirigidas a la emoción; éstas tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno; incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos o los acontecimientos negativos (un esquema de lo anterior, puede apreciarse más adelante en la figura 3.2).

Tanto el afrontamiento dirigido al problema (que modifica la situación problemática para hacerla menos estresante), como el dirigido a la emoción (que reduce la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional (González, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002) pueden interferirse entre sí en el proceso de adaptación, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro (Lazarus y Folkman, 1988).

Lazarus y Folkman (1980) consideran que en condiciones que se perciben como fuera de control, las formas de afrontamiento enfocadas a la emoción se incrementan y parecen exitosas para disminuir el estrés y los disturbios somáticos. Knapp (1995) señala que no importa de qué estilo se trate: cualquiera es adecuado, siempre y cuando el individuo mejore su calidad de vida y expectativas.

### **3.2 ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Es preciso señalar la diferencia entre estilos y estrategias de afrontamiento: “los estilos se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias son el proceso concreto que se utiliza en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes” (Fernández, 1997).

Existen propuestas recientes sobre el tipo de afrontamiento que puede ser utilizado, abandonando las descripciones de Lazarus y Folkman; como ejemplo, está la de Shinnar (2008): el afrontamiento con identidad social negativa, de acuerdo con la teoría, las personas tienen como necesidad simultáneamente de la inclusión y diferenciación dentro de un grupo y mantener la distinción de otro grupo. La teoría de la identidad social construye la concepción de que el

autoconcepto es una necesidad básica humana y la respuesta a las amenazas a la identidad es por una variedad de vías que dispone, por ellos mismos y por el propio grupo de referencia. La primera estrategia de afrontamiento es la movilidad individual, partiendo o disociándose el individuo del grupo de pertenencia. Esta estrategia implica intentos con bases individuales para el logro de una movilidad de estatus, pasar de un grupo que se perciba como superior.

La segunda estrategia consiste en la creatividad social, es más de naturaleza psicológica, involucrando alternativas de su propia percepción antes que llegar a la acción directa; incluye dos estrategias: mostrándose nuevos elementos de comparación dentro del grupo y redefiniendo nuevos elementos existentes para su comparación. Seleccionando una alternativa del grupo referente para compararlo con su propio grupo.

La tercera, es la competencia social. Refiere al incremento de las acciones sociales para encontrar a los promotores del cambio de estatus, además de las acciones individuales se tendrán que tomar también acciones colectivas.

Otra postura es la personalidad afectiva y conducta de afrontamiento, el estrés muestra influencia negativa para la salud psicológica y física, los estados afectivos, ya sean positivos o negativos influyen como se exprese el estrés, los estados negativos se asocian con las palabras miedo, desprecio, culpa, cólera y depresión, asociado con estrés y síntomas de éste. Contrariamente, el afecto positivo refleja entusiasmo, actividad, control y compromiso. La expresión individual de sentimientos positivos reporta altos niveles de satisfacción y calidad de vida. Los estudiosos describen mayores relaciones sociales, más experiencias satisfactorias con los amigos, ser capaz de establecer asertividad grupal, se describe como ser feliz, apasionado, con energía y alerta. Ambos, el afecto positivo y negativo, tienen una influencia individual en relación con el estresor, asociado a situaciones con estrés y la experiencia en sí misma. Las mujeres parecen expresar mayores niveles de ansiedad, más energía y estrés, más estrés y carga por el trabajo. Para afrontar, recurren principalmente con afrontamiento emocional y espiritual. En las mujeres, al parecer, los impactos externos negativos carecen de estrategias adaptativas (Andersson, Jansson y Archer, 2008).

El estilo de afrontamiento centrado en el problema busca confrontar la realidad durante la crisis y sus consecuencias para mejorarla; se intenta construir una situación más satisfactoria y activar cambios en la estructura del yo para resolver la situación. Las estrategias dirigidas al problema pueden enfocarse al análisis lógico, a la búsqueda de información o ayuda para la solución del problema. El

análisis lógico implica hacer planes a corto plazo para manejar con resultados reales y considerar el ambiente que puede apoyar o limitar las metas propuestas. Además, este tipo de afrontamiento puede ayudar a la persona a manejar las emociones provocadas por una situación y prepararse mentalmente para superar los problemas y pensar en los pasos que se deben realizar (González, 2004; Casado, 2002).

Otra estrategia consiste en buscar información o ayuda sobre el problema o entorno de las acciones alternativas que se pueden realizar y sus probables resultados. Muchas personas obtienen apoyo al incorporarse a grupos especiales. Estos grupos pueden proveer un tipo de ayuda, como información sobre la forma en que las personas manejan sus dificultades en situaciones similares. La información o ayuda puede ser una valiosa fuente de apoyo en la comprensión del problema y brindar una sensación de autoconfianza.

Tomar decisiones para solucionar el problema implica realizar acciones concretas para manejar directamente la crisis o sus consecuencias. Estas estrategias incluyen planes alternativos, acciones específicas y concretas en el control directo de la situación; se aprenden nuevas habilidades para el manejo del problema y se negocia y se compromete a resolver las consecuencias del problema. Tales conductas pueden generar una sensación de competencia, autoeficiencia y autoestima, cuando las personas toman estrategias de afrontamiento asertivas.

El afrontamiento centrado en las emociones puede proveer recursos necesarios para manejar un problema, por ejemplo, expresar emociones por medio del llanto o quejidos puede provocar una disminución de la tensión. Al disminuir la tensión, se pueden planear los caminos alternativos que permitan manejar el problema. La estrategia está dirigida a la regulación afectiva o la descarga emocional.

La regulación afectiva involucra los efectos directos de las emociones provocadas por el problema mediante un emplazamiento consciente de los impulsos (supresión): experimentar y trabajar cognitivamente los propios sentimientos, mantener la esperanza, intentar no ser perturbado por los sentimientos conflictivos, mantener un sentido de orgullo y tratar de mantener los sentimientos ocultos y tolerar la ambigüedad mediante la realización de acciones inmediatas. Esto ocurre cuando una persona, ante un desastre o crisis, se comporta tranquilamente, antes de presentar terror o consternación.

La descarga emocional se manifiesta en la expresión franca y abierta de las emociones provocadas por un evento, lo que permite la salida de sentimientos de

enojo y desesperación. Incluye las descargas verbales, llantos, gritos, abundancia o disminución de la ingesta, conductas impulsivas o de *acting out*, tales como actividades sexuales u otras que expresen la inconformidad con las normas sociales. Otros ejemplos de las estrategias de reducción de tensión incluyen el alcoholismo, el tabaquismo e ingestión de tranquilizantes u otros medicamentos.

Tales habilidades de afrontamiento raramente son usadas solas o dependen exclusivamente de los cambios de vida o las exigencias internas o externas. Generalmente requieren de una combinación o de una secuencia de habilidades para resolver el afrontamiento en forma adaptativa y pueden repercutir en el bienestar psicológico (González, 2004; Casado, 2002), sugieren, aun cuando el afrontamiento enfocado a la emoción ayuda a mantener el balance emocional, no utilizar estrategias de afrontamiento enfocadas al problema; tiene implicaciones negativas para la salud mental.

### 3.3 AFRONTAMIENTO Y GÉNERO

Moos (1988) señala que el afrontamiento centrado en las emociones es más común en las mujeres; en los hombres el afrontamiento centrado en el problema es más común. Menciona cuatro factores que influyen en el tipo de respuestas: *a)* el biológico, como una enfermedad y la muerte; *b)* psicológicos/personales, como el casamiento; *c)* físico/ambientales, como estar expuesto a un desastre, y *d)* socioculturales, como el tener un hijo no esperado.

Otro aspecto destacable es cuando el foco del problema es uno mismo u otra persona, la predicción, el control, probabilidad de ocurrencia o la extensión del problema. Cuando las personas tienen ante el evento alguna situación de control, es más probable que emplacen estrategias dirigidas a la solución del problema; cuando son esencialmente incontrolables, tienden a presentar estrategias cognitivas y dirigidas a las emociones. Las mujeres usan preferentemente la planificación y la búsqueda de apoyo. En los hombres hay una tendencia al uso de confrontación, escape-evitación y autocontrol, aunque no se evidenciaron diferencias significativas respecto de las mujeres. Tanto los hombres como las mujeres con ansiedad elevada difieren de aquellas personas con ansiedad baja; utilizan la planificación, así como confrontación y el distanciamiento. Las personas con ansiedad alta usan por lo regular el escape-evitación y la reevaluación positiva, independientemente del sexo: hombres y mujeres utilizan

las estrategias centradas en el problema como las centradas en la emoción (González, 2004).

### **3.4 AFRONTAMIENTO Y ESTERILIDAD**

La paternidad y la fertilidad se consideran frecuentemente eventos que ayudan a satisfacer ciertas necesidades psicológicas; los eventos estresantes y la salud están mediados por el proceso de afrontamiento. Las formas de afrontamiento dirigido a la emoción pueden producir conductas poco adaptativas, ya que emplazar mecanismos como la negación o la evitación, si bien pueden reducir hasta cierto punto el grado de trastorno emocional, también pueden llevar a la mujer a tener conductas erráticas y evitar el enfrentamiento con el problema en una forma más realista mediante la búsqueda de soluciones y acciones encaminadas a resolver el problema. Con frecuencia se ven conductas erráticas, como la búsqueda de soluciones por medio de curanderos o brujos; si bien estos métodos reducen en forma considerable el malestar psicológico, retrasan la búsqueda de diagnóstico y atención por parte del médico, por lo que sería una respuesta desadaptativa para la mujer. Las estrategias dirigidas a la emoción se implementan cuando la paciente tiene la vivencia de que no puede hacer nada frente a su situación.

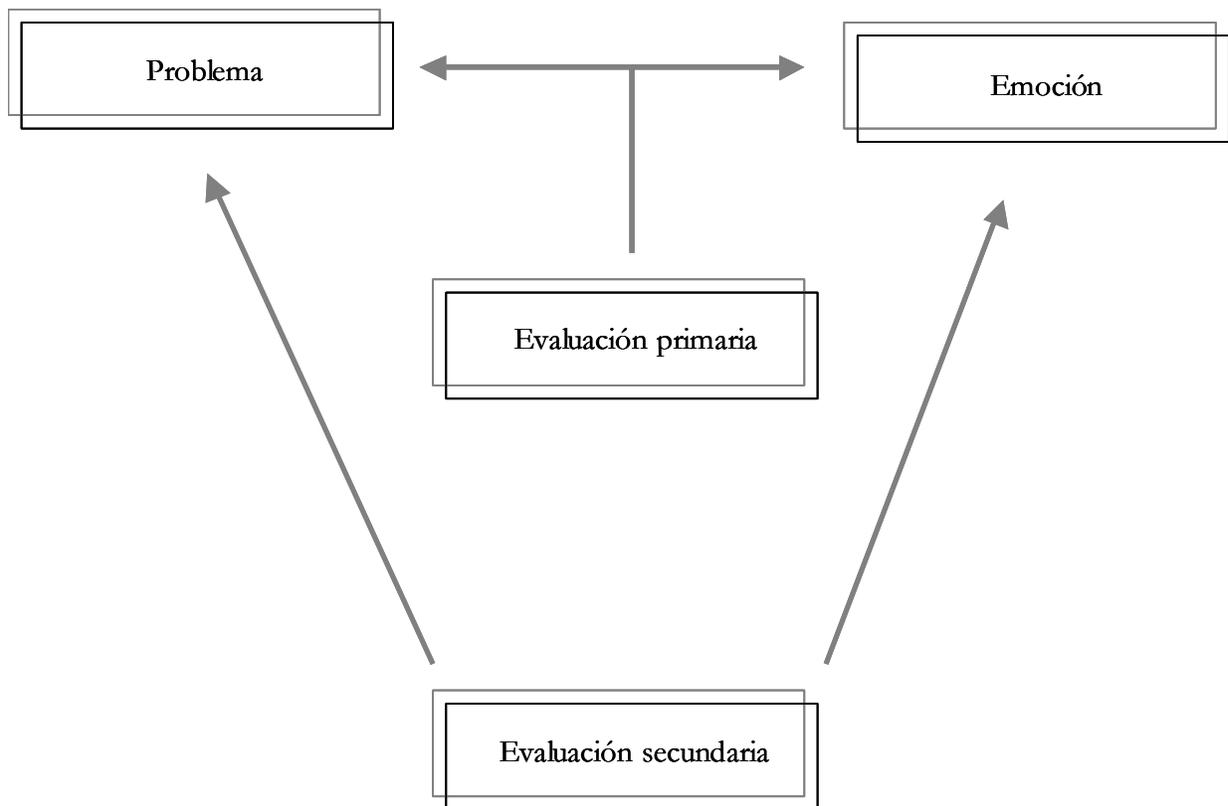
En esterilidad, el afrontamiento dirigido al problema tiene que ver con la búsqueda de información y adherencia terapéutica. El tratamiento, por ser prolongado, requiere de un gran esfuerzo, como aplicar el medicamento o practicar el coito programado sin que la paciente pierda el interés por su vida sexual. En algunos casos específicos de infertilidad acompañada de obesidad, el tratamiento médico requiere seguir dietas, algunas ocasiones reportadas por las pacientes como severas. Con el problema de sobrepeso se observa con frecuencia que un buen porcentaje de mujeres sometidas a tratamiento no las realizan o no están dispuestas a cambiar su forma de alimentación.

A partir de las observaciones clínicas, se ha corroborado que cuando una paciente en tratamiento por esterilidad, preferentemente utiliza el estilo confrontativo, sus manifestaciones son de ansiedad elevada y aislamiento.

La búsqueda de apoyo como estrategia depende de la autoestima: como es sabido, la relación entre apoyo y autoestima es importante, ya que permite predecir y pronosticar la aparición de sintomatología, como han puesto de manifiesto distintas investigaciones. Por el contrario, el individuo con un buen concepto de sí mismo, facilitado por la presencia de apoyo, va a tener más

capacidad para movilizar estrategias adecuadas de afrontamiento (Buendía y Riquelme, 1993).

¿Cómo se presenta el afrontamiento en sus distintos estilos en las mujeres con problemas de esterilidad? Según se ha dicho, pueden distinguirse dos principales funciones, una dirigida al problema y otra a la emoción. Dentro de los estilos que van encaminados o dirigidos al problema se encuentran el confrontativo y el de resolución de problemas. Los seis restantes van dirigidos a la emoción. El siguiente esquema muestra cómo se construye el afrontamiento centrado en el problema o en la emoción (figura 3.2).



**Figura 3.2.** Evaluación secundaria

Por último, se muestran las categorías propuestas por Lazarus y Folkman (1986) sobre los modos de afrontamiento:

|  |  |
|--|--|
| Confrontación:                             | ▶ Acciones directas para alterar la situación.   |
| Distanciamiento:                           | ▶ Esfuerzos para separarse de la situación.  |
| Autocontrol:                               | ▶ Esfuerzo para controlar los sentimientos y las acciones.   |
| Soprote social o búsqueda de apoyo social: | ▶ Acciones para sentirse contenida en su grupo social, que tiene que ver con información o simpatía y comprensión. |
| Responsabilidad:                           | ▶ Reconocimiento de la responsabilidad en el problema. Aceptación de responsabilidad.                              |
| Escape evitación:                          | ▶ De la situación problema.  |
| Resolución de problemas:                   | ▶ Esfuerzos para alterar la situación que implica una aproximación reflexiva.                                      |
| Reevaluación positiva:                     | ▶ Crear un significado positivo con base en los recursos personales.   |

## 4. GÉNERO

Sin duda el hogar, la escuela, los medios de comunicación y la sociedad en su conjunto, todavía aportan rígidas representaciones de lo que es ser varón o ser mujer, las cuales van estructurando el papel de género (Cerrutti, 1993).

Desde que se inicia el trabajo con el concepto de género se van manifestando diferentes enfoques; sin embargo, existen elementos que comparten los teóricos del género, entre ellos: el concepto sexo remite a una realidad biológica, nacen mujeres u hombres, mientras que género se describe como un componente psicológico integrado por rasgos cognoscitivos, motivacionales o comportamentales que configuran una idea (Díaz, Rivera y Sánchez, 1994).

Para entender cómo se forma el género y sus procesos, es necesario primero definirlo como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a los hombres de las mujeres, como producto de un proceso histórico de construcción social (Benería, 1984).

El concepto de género tiene tres vertientes: el papel, los estereotipos y el comportamiento, según Lara (1993). El papel de género se refiere a las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para varones y mujeres. Los estereotipos se refieren a la creencia, expectativas y atribuciones sobre cómo es y cómo se comporta cada sexo. El comportamiento asociado al género establece las manifestaciones conjuntas de papeles y estereotipos con otros rasgos de la personalidad, habilidades, percepciones y creencias sobre uno mismo como varón o mujer. El género es construido en un cuerpo que tiene un sexo definido y al que se le atribuyen características psicológicas, sociales y económicas, lo que resulta en acciones y comportamientos específicos (Hardy y Jiménez, 2001).

Al momento del nacimiento se asigna el género a partir de la diferencia biológica y, posteriormente, mediante la educación y la socialización que enseñan todas las conductas propias de cada sexo. De esta transmisión se encarga la familia, la educación escolarizada y no escolarizada, la religión y los medios masivos de comunicación (Bustos, 1994).

Si reconocemos que las características de género de hombres y mujeres son una construcción social y no diferencias “naturales” legitimizadas por la biología, el género es una categoría dinámica que puede ser modificada. Esta noción de género permite colocar en jaque el discurso que afirma que las mujeres nacen con cualidades “femeninas” y deben desempeñar las tareas domésticas y cuidar a los hijos (Hardy y Jiménez, 2001).

Con base en estos conceptos, se han realizado investigaciones que evidencian que las mujeres construyen su identidad de una forma derivada, es decir, con excesiva dependencia de los otros roles de significación y de sus principales roles (esposa y madre); es común observar que muchas de ellas adquieren significación a partir de otros (marido e hijos). Presentar esta condición hace que la autoestima sea más vulnerable frente a las personas del sexo masculino. Puede ocurrir que las mujeres, al conceder prioridad al cumplimiento de estas obligaciones asociadas a los diferentes roles desempeñados, se despreocupen en cierta medida de “sí mismas”, lo cual puede ir en detrimento de su bienestar psicológico (Ochotorena y Gómez, 1990).

No sólo se han reportado depresión y ansiedad en las etapas de vida de la mujer, sino que una variedad de trastornos psicósomáticos se ha asociado a diversos procesos del ciclo reproductivo. Tensión, irritabilidad y malestar leve hasta depresión profunda y psicosis se han asociado con la menstruación, embarazo, posparto y climaterio (Lara, 1995). Con frecuencia se ve relacionada la patología femenina con el rol reproductivo; así, se atribuye inestabilidad emocional por los cambios que se dan a lo largo de la vida de la mujer y de sus diferentes etapas. Es un campo que requiere grandes contribuciones, en primer lugar, por ser un área fértil para la sobreinterpretación biológica (Lara, 1995).

Tanto los síntomas depresivos como la depresión se encuentran con mayor frecuencia en mujeres que en varones. Los resultados sobre las relaciones entre papeles de género y depresión indican que las mujeres que muestran altas calificaciones en femineidad y bajas en masculinidad se asocian con depresión; por el contrario, se han comunicado correlaciones negativas entre femineidad y masculinidad y depresión; en el caso de los varones se han encontrado relaciones

similares: altas calificaciones en femineidad y bajas en masculinidad asociadas con depresión, pero también altas calificaciones en masculinidad asociadas con depresión (Lara, Medina y Gutiérrez, 1988).

Si se asume el hecho de que las tasas de sintomatología y trastornos depresivos son superiores entre las mujeres, la cuestión fundamental consiste en resolver la identificación de aquellos factores psicológicos y sociales que se asocian al rol sexual femenino para facilitar este dato epidemiológico (Ochotorena y Gómez, 1990). Es bien conocido que las características masculinas y femeninas no sólo están relacionadas con variables sociodemográficas, sino también con variables culturales (Lara, Medina y Gutiérrez, 1988). Es necesario explorar el efecto conjunto no sólo de las variables sociodemográficas, sino de las clínicas en la sintomatología depresiva. Lo importante será reconocer qué variables poseen mayor importancia cuando se explica la sintomatología tanto depresiva como ansiosa.

Se puede decir que la adopción de aspectos socialmente deseables propios del género son importantes productores de salud mental, sin excluir los del sexo opuesto, sino más bien en conjunción con ellos. Los aspectos no deseables socialmente se relacionan con conductas menos adaptativas en ambos sexos (Lara, 1993).

La necesidad de responder a una norma de masculinidad también afecta los servicios de salud. La misma necesidad de parecer y ser fuerte, viril se transforma en un obstáculo para que los hombres acepten la posibilidad de tener un problema de infertilidad y difícilmente comparten con la mujer el proceso de diagnóstico y tratamiento. Asimismo, el concepto de fertilidad es un concepto de virilidad: hace que el hombre estéril disminuido en su masculinidad difícilmente acepte la situación y, por lo general, culpa a la mujer del problema (Carreño, 2003; Hardy y Jiménez, 2001; Morales, 1994).

#### **4.1 MASCULINIDAD-FEMINIDAD**

¿Qué es lo femenino y qué lo masculino? Probablemente las respuestas continuarán en el debate; sin embargo, no se puede dejar de lado lo biológico o lo social para generar una serie de investigaciones en torno a estos enfoques y originar conocimiento. Las últimas disciplinas en estudiar ambas perspectivas son la psicología y la sociología, que con sus aportes han generado valiosas conclusiones para su entendimiento.

En psicología, el género y el rol de género son los conceptos más estudiados en fechas recientes, desde luego más controvertidos, como lo muestran Burin (1999), Díaz, Rivera y Sánchez (1994), Lara (1993, 1988, 1995), Lamas (1994) y Meler (1999), entre otros.

Por lo anterior, es necesario definir la masculinidad y la femineidad: se entienden como aquellos rasgos de la personalidad que diferencian a los hombres de las mujeres. Desde la antigüedad ya estaban definidas las características de lo masculino y lo femenino. Los chinos, por ejemplo, los definían como el principio *Yang* y el principio *Yin*: el primero representaba el principio energético dinámico y asertivo, fácilmente creativo, activo y que fructifica, agresivamente combativo y destructivo, extrovertido e impulsivo, pero también disciplinado; el segundo era pasivo y contenedor, involucrado esencialmente con la gestación, sacando luz de la oscuridad e introvertido.

Recientemente, han aparecido descripciones acerca de los distintos roles. Las características masculinas son las denominadas instrumentales, dirigidas a una acción, así como aquellas orientadas hacia metas, maduras, reflexivas y capaces de planear, funcionan como líderes, entre otras muchas. En la mujer las características deseables son: alegre, tierna, dulce, cooperadora; además debe mostrar aprecio por los niños (Lara, 1991).

Sin embargo, la asunción del rol masculino en forma rígida lleva a los hombres a restringir sus expresiones emocionales; tienen dificultades en el manejo de sus sentimientos: llegan incluso a impedir que los demás los expresen. Basan sus relaciones interpersonales en el control, el poder y la competencia: tratan de mantener a los demás bajo su control.

Los rasgos femeninos se describen como las características denominadas de relación, así como la necesidad de involucrarse con los demás mediante las ideas y encaminadas hacia los sentimientos y la abstracción; se consideran, asimismo, pasivas, dóciles, expresivas, protectoras, orientadas a la crianza. Además, cuando la mujer tiene un apego excesivo a su rol, puede haber poca conciencia sobre ella misma; con frecuencia persigue como metas el matrimonio y la maternidad, un destino en el que no cabe la posibilidad de elegir, ya que se considera limitada en su independencia, en su poder de decisión y en su autosuficiencia.

Sin embargo, los varones pueden tener características femeninas o viceversa, ya que estos aspectos son predominantes en uno y otro sexo. En el concepto tradicional, los hombres y las mujeres deberían tener bien delimitadas estas

características; esto los haría más ajustados y mentalmente más sanos (Lara, 1993).

#### **4.2 ASPECTOS INDESEABLES DEL PAPEL DE GÉNERO**

Por lo general, el papel de género estructurado en el proceso de socialización resulta común a los integrantes de cada grupo y sociedad en un momento histórico determinado. El control social hace que cuando alguien no cumple con el rol asignado se le sancione por medio del rechazo, la burla o la marginación (Cerrutti, 1993).

La teoría sobre la construcción de la subjetividad femenina destaca el papel central que juega la maternidad como elemento identificador de las mujeres. Una de las manifestaciones del machismo en el hombre es la dominación.

El machismo en el hombre y la sumisión en la mujer, o síndrome de mujer sufrida, son características en el papel de género socialmente aceptadas y apoyadas, aunque poco deseables (Lara, 1991); forman parte de la masculinidad y femineidad, pero influyen de forma negativa en distintas áreas de las personas, entre ellas el desarrollo de la sexualidad. El machismo puede describirse como el culto a la virilidad, que se traduce en una exagerada agresividad, arrogancia y agresión sexual contra la mujer. El macho muestra inflexibilidad, tozudez e intransigencia, desde luego es relevante mostrar su potencia sexual, su masculinidad y su capacidad para tener hijos; por el contrario, sufre mucha ansiedad cuando falla en alguno de estos aspectos.

Sobre la sumisión de la mujer, se observa una necesidad exagerada por demostrar su gran fuerza espiritual con actitudes de abnegación y capacidad para soportar el sufrimiento, aunque no lo evita, sino que lo exhibe; asimismo, muestra dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez frente al varón. La cultura marca a los seres humanos con el género y éste marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso y lo cotidiano (Lamas, 1994).

En estudios realizados en México acerca de los aspectos relacionados con la masculinidad y la femineidad, el machismo y la sumisión se ha encontrado que en distintos subgrupos sociales de bajos ingresos hay una mayor acentuación del machismo y de la sumisión. A menudo se trata de familias numerosas y de bajo nivel educativo: en estos subgrupos el varón trabaja fuera de la casa y funge como proveedor; las mujeres básicamente se dedican al hogar, aunque es común que se dediquen a un trabajo “adicional” para ayudar a sostener los gastos.

En el subgrupo de ingresos medios y altos se han encontrado mayores cambios en cuanto a los papeles tradicionales: en este grupo se ha reportado que la mujer, paulatinamente, se ha involucrado cada vez más en actividades diferentes de las del hogar, pues tiene un mayor nivel educativo y las posibilidades de contar con ayuda doméstica, lo que le ha permitido una participación dentro del ámbito social y la oportunidad de realización profesional (Torres, 1989, citado en Lara, 1991). Respecto de las familias con menor ingreso que las anteriores los cambios han sido más condicionados; la participación masculina en las tareas domésticas es pobre, lo que complica a la mujer la posibilidad de ascender profesionalmente, sobretodo si no cuenta con los recursos para pagar ayuda doméstica (Blanco, 1989, citado en Lara, 1991).

En cuanto a los rasgos de personalidad de las mujeres asociados al género, se concluye que aspectos negativos, como el comportamiento pasivo, el sumiso y el dependiente se relacionan con mayor frecuencia con síntomas depresivos y neuroticismo (Lara, 1991).

La construcción social de género, estereotipia en función del sexo, rasgos, actitudes, normas, valores y conductas, de forma diferenciada, socava la equidad entre ambos sexos; luego, para que estos atavismos no alcancen a minar la satisfacción personal de la mujer, es necesario un sistema de cogniciones flexibles, capaz de estructurar en sus raíces y en un estilo de enfrentamiento no defensivo, sino más bien orientado hacia la asertividad como base fundamental de sus relaciones interpersonales en general (Díaz, Alonso y Bayarre, 2000).

## 5. AUTOESTIMA

El paso obligado es responder qué entendemos por ¿autoestima?

Desde el punto de vista teórico aún es difícil responder al cuestionamiento; no obstante, la mayoría de posturas de las distintas aproximaciones psicológicas y aquellas alejadas de la psicología coinciden en que es el sentimiento que cada persona tiene de sí mismo, si es valioso para sí mismo y para las personas de su entorno. Recientemente se ha producido un nuevo acercamiento para su estudio.

Para muchos, el concepto de autoestima es algo muy conocido. La mayoría de la población habla sobre el tema sin precisar a qué se refiere. Al ser un concepto sobre el que durante años la corriente psicoanalítica ha teorizado, representa un aspecto fundamental en la psicología. Sin embargo, el concepto que emergió de la psicología tiene un manejo de carácter coloquial, lo que le resta seriedad en el campo de la investigación, ya que ni los propios expertos del tema se ponen de acuerdo.

Hacia finales de la década de 1970, Rosenberg (1989) menciona que la autoestima de forma global puede distinguirse en un campo específico de la evaluación de uno mismo; cada campo particular de evaluación está típicamente incluido en medidas de autoconcepto: la totalidad de pensamientos y sentimientos individuales que tienen a uno mismo como referencia, como un objeto.

Vite (1987) realiza una investigación en que toma como variable dependiente la autoestima. Para la autora, la autoestima está conformada por varias áreas, entre otras: antecedentes familiares, el autoconcepto del que se derivan los papales que representa una mujer como madre, esposa, ama de casa y empleada.

Definiciones más recientes de Aguilar y Berganza (1996) la consideran como el sentido de autoevaluación multidimensional que una persona experimenta en las diferentes áreas de su vida. A pesar de las nuevas aportaciones al campo de la

autoestima, ésta mantiene elementos de la definición de Coopersmith (1967, citado en Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993): el juicio de valía expresado en las actitudes que el individuo toma acerca de sí mismo; es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conductas manifiestas.

Diferentes autores han estudiado la autoestima (Díaz, Alonso y Bayarre, 2000; Kling y Shibley, 1999; Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993; Aguilar y Berganza, 1996; Vite, 1987; Rosenberg, 1979; Coopersmith, 1967) y teorizan acerca de cómo se construye y qué eventos de la vida pueden afectarla o si existe diferencia entre los géneros. Hunt (1993), por ejemplo, define la autoestima como la apreciación global de consideraciones que uno tiene de sí mismo como persona. Brodbar (1986) plantea que la autoestima global se concibe como un juicio evaluativo que contempla lo negativo y lo positivo, y es aplicado al más alto grado de autoconocimiento.

Algunos autores (Hunt, 1993; Brodbar, 1986) han señalado que la autoestima es un aspecto de la personalidad del individuo que expresa un recurso de afrontamiento o un predictor del estilo o conducta de afrontamiento (Husaini y Neff, 1981, tomado de Herrero).

Para otros, la formación de la autoestima reside fundamentalmente en el proceso de interacción social. La configuración de la autoestima se realiza en función de los distintos ámbitos o contextos en los que interactúa el individuo; de este modo, habría diferentes aspectos o dimensiones de la autoevaluación (Herrero, Musitu y Gracia, 1995).

En muchos casos, la autoestima en las mujeres, cuando tienen problemas de esterilidad, se ve afectada por la sensación de no estar completas o de ser menos femeninas, y con frecuencia existen en ellas sentimientos de injusticia.

El incremento de la autoestima en la mujer se ve enmarcado por logros personales, profesionales, familiares, intelectuales; pero estos referentes empiezan a perder sentido al percatarse de que no puede tener hijos: para las pacientes la vida pierde sentido y el entusiasmo por actividades que anteriormente le eran satisfactorias también disminuye (Carreño, 1994).

El concepto de valía propia tiene su fundamento en pensamientos, sentimientos y sensaciones sumadas a lo largo del desarrollo de la historia personal. La sensación de autoestima se desarrolla al inicio de la infancia, pasa por diversas etapas hasta lograr su integración. El resultado total es una sensación generalizada de valía o incapacidad.

En forma reciente, cuando se habla de autoestima, se la correlaciona con la variable género. Kling y Shibley (1999) apoyan la postura de que existen diferencias de autoestima de acuerdo con el género. En concordancia con esta postura, autores como Dayley (1991, citado en Aguilar y Berganza, 1996) refieren que las niñas pierden su autoestima en el camino a la adolescencia. Ésta se encuentra relacionada con las investigaciones de Feingold (1994), quien pone énfasis en lo cultural como modelo explicativo. Parte de la importancia que tiene la apariencia física tanto en las niñas como en las mujeres y destaca este aspecto para la construcción de la autoestima, sin dejar de tomar en cuenta la percepción del propio atractivo, tanto en mujeres como en hombres.

Aunque las jóvenes y mujeres consistentemente reportan una mayor insatisfacción con la apariencia de su cuerpo que los hombres, esta preocupación por el peso y la apariencia puede ser más impactante en la autoestima de las niñas que en la de los niños, por la importancia otorgada al atractivo físico (Allgood-Merten, 1990, citado en Cardenal, 1999). Este fenómeno se ha incrementado en los últimos cincuenta años (Feingold, 1994).

La adolescencia, como se ha comentado con anterioridad, es determinante para la formación de la autoestima; como lo han sugerido las investigaciones, en este período disminuye en las mujeres (Feingold, 1994; Aguilar y Berganza, 1996; Cardenal, 1999).

Las conclusiones a que se llega tienen que ver con que las madres de menores ingresos familiares presentan mayor autoestima y dependencia social de su valoración en comparación con aquellas con mayores ingresos familiares; como trabajadoras se evalúan negativamente las de menor ingreso, como esposas también se evalúan negativamente.

Las dimensiones de autoestima pueden ser relativamente independientes, si bien relacionadas. Esta circunstancia permite analizar el grado de bienestar psicológico de un individuo en función de las autoevaluaciones que realiza respecto de los ámbitos del *self* más próximos a su rol social (Herrero, Musitu y Gracia, 1995), lo que puede permitir una adaptación satisfactoria a lo largo del ciclo vital.

Si la autoestima se relaciona directamente con la salud mental, una disminución de ésta inevitablemente presentará desórdenes de malestar psicológico. Si se parte de una valoración negativa de la autoestima, en sí misma ya es un indicador de salud mental.

Diversos autores han mostrado una correlación negativa (.25 a -.75) de depresión con autoestima, medida con distintos instrumentos, que va de moderada a alta

(Carreño, 2003; Herrero, Musitu y Gracia, 1995; Medina, 1995). Mientras que la depresión se relaciona con la presencia de un incremento de eventos vitales estresantes, con el género, la educación y la ausencia de vínculos sociales (Herrero, 1995).

Si la autoestima ejerce influencia indirecta, una autoestima negativa no incidirá necesariamente en la salud mental debido, probablemente, a la mediación con otras variables (Dean, 1986). Otra observación similar se presentó en un modelo explicativo de la depresión en Carreño (2003), quien se propone que la ansiedad-rasgo en combinación con la autoestima y la no asertividad, así como el rol de género de machismo y sumisión explican la depresión y no sólo la baja autoestima.

De acuerdo con Hirschfeld y Klerman (1979), la baja autoestima no predice necesariamente un grado elevado de depresión; la reacción de la autoestima ante los eventos estresantes vitales eleva el riesgo de depresión anímica (citado en Herrero, 1995), mientras el apoyo social disponible permite hacer frente a las situaciones estresantes e incidir en la promoción de bienestar psicológico (Dean, 1986).

Esta relación entre autoestima y apoyo social en los procesos de afrontamiento ha desviado frecuentemente la atención de los investigadores hacia el concepto de apoyo social; relega la autoestima a un plano secundario que permite enmarcar el contexto en el que evoluciona el apoyo social (Lin, Dean y Ensel, 1986).

De alguna forma la resistencia del individuo para afrontar las diferentes situaciones vitales queda vulnerada; pero esta circunstancia sólo favorece la aparición de la depresión en el caso de que esos sucesos vitales sean numerosos y no deseables (Herrero, 1995).

Desde dicha perspectiva nacen las investigaciones dirigidas a conocer la elaboración personal que el sujeto realiza de su propia experiencia, de su vida social, de su actividad cotidiana, de sus vivencias, de su propia salud, si bien utilizan indicadores que los especialistas coinciden en llamar *subjetivos* (Díaz, Alonso y Bayarre, 2000).

Otro grupo de variables indistintamente tratadas como referentes internos o condicionantes, se mencionan con frecuencia, como el grado de expectativas, el control percibido, la autoestima, la autoeficacia y el *status* subjetivo, entre otros. Su importancia radica en el papel que desempeñan como reguladores de la evaluación del sujeto en relación con su bienestar (Díaz, Alonso y Bayarre, 2000). Se supone que la autoestima funciona como un factor discriminante en cuanto a

la respuesta de bienestar, en tanto potencializa el tipo de afrontamiento del sujeto ante estímulos del medio, con arreglo a la valoración de sus capacidades y su valía personal (Díaz, Alonso y Bayarre, 2000).

En lo relativo al condicionamiento de género, 97% de la mujeres insatisfechas evaluó como negativas las actividades que tienen que ver con sus roles y responsabilidades domésticas socialmente asignados. Estas cifras confieren a esta variable un importante valor como predictora de insatisfacción en esta población (Díaz, Alonso y Bayarre, 2000).

La autoestima constituye, como es sabido, un importante factor capaz de predecir y pronosticar la aparición de sintomatología como han puesto de manifiesto distintas investigaciones. Por el contrario, el individuo con un buen concepto de si mismo, facilitado por la presencia de apoyo, podría tener más capacidad para movilizar estrategias adecuadas de afrontamiento (Buendía y Riquelme, 1993).

## 6. LOCUS DE CONTROL

El concepto de *locus* de control es una construcción teórica que se utiliza para describir las creencias de una persona sobre las fuentes de control de los acontecimientos de su entorno y de su comportamiento. Dicho concepto ha sido desarrollado principalmente por la psicología social.

El *locus* de control, por lo tanto, consiste en la expectativa generalizada de la persona de percibir el propio reforzamiento como contingente de su propio comportamiento (control interno) o como resultado de fuerzas incontrolables (control externo) [Tamayo, 1993].

Para Rotter (1965), la creencia del control conductual solamente es dicotómica interna-externa, por lo que propone un instrumento compuesto por 29 reactivos de elección forzada con dos respuestas que indican internalidad o externalidad. *Locus* de control parece no limitarse exclusivamente a la contingencia entre comportamiento y resultado, sino que constituye un fenómeno cognitivo-perceptivo-emocional y, posiblemente, representa una modalidad de existencia mediante la cual el sujeto no solamente explica, sino también define la estructura de su propio destino (Tamayo, 1993).

En un estudio realizado por Tamayo (1993), se concluye que el *locus* de control es una variable que puede permitir una confiable predicción de la conducta futura del sujeto en lo que tiene que ver con su toma de decisiones.

Es un constructo de la personalidad referido a la percepción del núcleo desde el cual son determinados causalmente los eventos de la vida desde la óptica del propio individuo, quien los considera consecuencia de conducta o resultado de circunstancias como el destino, suerte o factores externos, sin relación con sus actos. Esto tiene que ver con un número importante de problemas de salud como con conductas de riesgo (Duran, 1998).

La mayoría de los investigadores que abordan el concepto *locus* de control insisten en el hecho que la medición no se tiene que realizar por sí sola, existe una clara relación con algunas otras variables como la autoestima y las creencias.

El afrontamiento puede determinar a quién o qué fuerzas se puede otorgar responsabilidad por lo éxitos o fracasos. El modelo de creencias en salud de Rotter (1966) proporciona un marco de trabajo para predecir e investigar las conductas de salud, llamado “motivación para la salud” de acuerdo con la teoría del aprendizaje social.

El *locus* de control para la salud está relacionado con las conductas de comer y beber en exceso o consumir drogas; generalmente ocurre en sujetos con orientación de *locus* externo.

La Rosa (1988) resume los resultados de una investigación realizada con la escala de Rotter:

- ▶ Los sujetos internos presentan puntajes más altos en dominación, tolerancia, buena impresión, sociabilidad, bienestar y logro.
- ▶ Los sujetos internamente orientados se presentan como asertivos, independientes, más efectivos, poderosos y realizadores.
- ▶ Los internos manifiestan más iniciativa en sus esfuerzos para alcanzar y controlar el medio ambiente que los externos.
- ▶ Existe una correlación negativa entre autoestima y externalidad.

Flores (1995) estudió la relación entre la influencia de género, la asertividad y el *locus* de control en una muestra de 432 empleados. Con la escala de *locus* de control de La Rosa (1986) propone que a medida que aumenta el grado escolar las personas son más asertivas y con un *locus* de control interno, en cambio las personas con un nivel académico bajo tienen un *locus* de control externo.

En resumen, los hallazgos presentados por Flores (1986) principalmente son tres:

1. Tanto hombres como mujeres no asertivas son personas que consideran que el *locus* de control de su vida está regida por el fatalismo y la suerte o por la afectividad con que mantenga en sus relaciones.
2. A medida que aumenta la escolaridad existe tendencia de las personas hacia la asertividad y *locus* de control interno.
3. Las personas con grado escolar bajo son no asertivas y con *locus* de control externo.

González (1999) en una investigación realizada a estudiantes universitarios con el mismo instrumento que Flores, propone que la prueba en cuestión no mide efectivamente lo que dice medir, por lo tanto se orienta a regresar a la versión unidimensional y bipolar del constructo de *locus* de control.

El *locus* de control hace referencia a las creencias sobre la relación entre la conducta y sus resultados o consecuencia. En su adaptación en el ámbito de la salud, las personas con *locus* de control interno creen que su conducta puede influir en el mantenimiento de la salud, así como modificar el resultado y el curso de la enfermedad. Por el contrario, las personas con *locus* externo creen que su salud o su enfermedad están determinadas por agentes externos; por las conductas de otras personas como los profesionales de la salud o familiares (otros poderosos) y por la acción del azar, la suerte o el destino (azar), si el efecto de las creencias de control sobre el estado de salud es un efecto directo o modulado por el uso de determinadas estrategias de afrontamiento.

Una mayor externalidad para las mujeres que para los hombres se observó también en sujetos japoneses e hindúes. Independientemente de la cultura, por tanto, los puntajes de externalidad son significativamente más elevados para las mujeres que los hombres (Tamayo, 1993). Sin embargo, existen referencias que van en el sentido contrario (Vera, Batista, Laborín, Souza, Coronado, 2003) de la propuesta en la diferencia de género. Los resultados de los estudios que asocian edad y *locus* parecen ser más consistentes, pues mencionan una relación más cercana entre la variable edad sobre el *locus* de control; así, parecen más concluyentes que otro tipo de relaciones entre *locus* y sexo. El aumento de la internalidad con la edad cronológica, particularmente a partir de los 25 años, puede ser consecuencia de la independencia financiera. Se sugiere también que el nivel escolar puede ser fuente de pronóstico de internalidad o externalidad (Vera, Batista, Laborín, Souza, Coronado, 2003; Flores, 1995; Tamayo, 1993).

## 7. INVESTIGACIÓN

### 7.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las observaciones clínicas ponen de manifiesto que algunas pacientes presentan alteraciones de tipo depresivo y ansioso sin cubrir los criterios para un trastorno; esto tiene su origen en un apego excesivo a su papel de género, al grado de autoestima, estrategias de afrontamiento reducidas y un *locus* de control parcializado. Las manifestaciones clínicas remiten en ocasiones con una sola sesión de orientación psicológica; otras, en las primeras sesiones con terapia breve; los síntomas remiten con cierta facilidad, por lo que debe cuestionarse si realmente las pacientes se encuentran con un trastorno depresivo o ansioso, como lo marcan los manuales de diagnóstico o es la manifestación ante el evento de la esterilidad, no como un proceso de enfermedad mental, sino como la presencia de manifestaciones reactivas, mostradas como malestar psicológico que ha modificado su vida.

### 7.2 JUSTIFICACIÓN

Estudios realizados en distintos lugares de México, incluido el Instituto Nacional de Perinatología, evidencian que 30% de la población en tratamiento por esterilidad presenta síntomas tanto de depresión como de ansiedad, así como problemas en la relación de pareja, alteraciones sexuales, baja autoestima, insatisfacción marital, bajo autoconcepto; sin embargo, para algunas pacientes, el paso del tiempo es un factor importante de recuperación. En algunos casos no se pueden considerar patologías o trastornos evidentes de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR (1994). Para otras sólo es una alteración que se manifiesta mediante la expresión de síntomas de tipo depresivo o ansioso, sin llegar a ser

francas patologías. Según los manuales de diagnóstico, como el CIE-10 y el DSM-IV, la gran mayoría de estas mujeres no cumplen con los criterios para ubicarlo como un trastorno, como se ha hecho en múltiples reportes de investigación.

Un amplio porcentaje de las investigaciones pone en evidencia que sólo 30% de la población con problemas de esterilidad pueden considerarse pacientes de riesgo con modificaciones en su vida cotidiana que, a su vez, puedan producir modificaciones en sus repuestas psicológicas ante la esterilidad, con un repertorio reducido de conductas, muchas de ellas erráticas, en las fases de diagnóstico y tratamiento para lograr el embarazo.

Por lo anterior se desprende la siguiente pregunta de investigación

### **7.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo contribuyen las variables y cuál combinación del papel de género, autoestima, tipo de afrontamiento y la dimensión del *locus* de control permite generar una propuesta de modelo explicativo y pronosticar con una mayor certidumbre el malestar psicológico en mujeres con problemas de esterilidad?

### **7.4 OBJETIVOS**

#### **7.4.1 Objetivo general**

Generar con las variables papel de género, estilos de afrontamiento, autoestima y *locus* de control una propuesta de modelo explicativo, en la presencia de malestar psicológico en mujeres con problemas de esterilidad.

#### **7.4.2 Objetivos específicos**

1. Realizar, con las diferentes variables, combinaciones de las orientaciones del papel de género (masculino, femenino y sus variantes machismo y sumisión), el índice de autoestima (alto y bajo), tipo de *locus* de control (interno o externo) y modos de afrontamiento (confrontativo, distanciamiento, auto-control, soporte social, responsabilidad, escape-

evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva), y su asociación con el malestar psicológico.

2. Construir un modelo teórico con las diferentes variables aisladas a partir de las asociaciones estadísticamente significativas que permitan su posterior prueba de ajuste mediante las ecuaciones lineales estructurales.
3. Aislar variables que tengan un poder pronóstico para generar la propuesta de un modelo explicativo de malestar psicológico en pacientes estériles.
4. Proponer un modelo explicativo con orientaciones del papel de género y su asociación con los grados de autoestima, *locus* de control y modos de afrontamiento que permitan pronosticar el malestar psicológico en pacientes estériles.

## 7.5 HIPÓTESIS

### 7.5.1 Hipótesis conceptual

Cuando se habla de modificaciones en el estilo de vida de la paciente que tiene dificultades en la vida reproductiva, el deseo de la reproducción ocupa un lugar central en los objetivos de vida y son desplazados otros aspectos importantes de la mujer a la periferia. El hijo se busca como soporte de la autoestima; tiene asociación con el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas y con el *locus* de control, y desde luego con el papel de género. Los estudios epidemiológicos en México, como en el resto del mundo, indican que la esterilidad es un fenómeno que trasciende la cultura. En Europa, Asia y Latinoamérica tienen resultados similares cuando se evalúa a mujeres con problemas de esterilidad. Esto indica que es un efecto reactivo ante el problema de reproducción y no una psicopatología. Las manifestaciones clínicas que se observan en las personas evaluadas, por lo general, remiten con intervenciones psicológicas de primer grado; algunas otras requieren de tratamiento de psicoterapia para disminuir la múltiple manifestación de sintomatología.

Todas estas respuestas de sintomatología no cubren los criterios de los manuales de diagnóstico, como el CIE-10 o el DSM-IV, donde no se pueda establecer un trastorno definido como los descritos en los manuales. Al ser una respuesta reactiva, conceptualizada como malestar psicológico, la reacción de malestar será determinada por la mediación de otras variables: papel de género, estrategias de afrontamiento, *locus* de control y autoestima (Carreño, Bustos, Morales, 1997;

American Psychiatric Association, 1995; Carreño, 1994; Lara, Verduzco, Acevedo, Cortés, 1993; Lara, 1993).

### 7.5.2 Hipótesis de trabajo

1. Las mujeres con esterilidad tienen una orientación de papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), grados de autoestima (alto o bajo) y tipo de *locus* de control (interno o externo), modos de afrontamiento (confrontativo, distanciamiento, auto-control, soporte social, responsabilidad, escape-evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva) que sirven para proponer un modelo explicativo del malestar psicológico en mujeres infértiles.
2. La combinación del papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), los grados de autoestima (alto o bajo), el tipo de *locus* de control (interno o externo) y los modos de afrontamiento (confrontativo, distanciamiento, auto-control, soporte social, responsabilidad, escape-evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva) son diferentes para la presencia o ausencia de malestar psicológico.

### 7.5.3 Hipótesis nulas

1. Las mujeres con esterilidad tienen una orientación de papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), grados de autoestima (alto o bajo) y tipo de *locus* de control (interno o externo), modos de afrontamiento (confrontativo, distanciamiento, auto-control, soporte social, responsabilidad, escape-evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva). La combinación de las variables de clasificación no es adecuada para proponer un modelo explicativo en el malestar psicológico.
2. No existen diferencias significativas en el papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), los grados de autoestima (alto o bajo), el tipo de *locus* de control (interno o externo) y los modos de afrontamiento (confrontativo, distanciamiento, auto-control, soporte social, responsabilidad, escape-evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva) para la presencia o ausencia de malestar psicológico en mujeres estériles.

#### 7.5.4 Hipótesis alternas

1. Existe una relación significativa entre las variables de clasificación (papel de género, autoestima, *locus* de control y modos de afrontamiento) que permiten proponer un modelo pronóstico de malestar psicológico en mujeres estériles.
2. Existen diferencias significativas en el papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), los grados de autoestima (alto o bajo), tipo de *locus* de control (interno o externo), modos de afrontamiento (confrontativo, distanciamiento, auto-control, soporte social, responsabilidad, escape-evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva) para la presencia o ausencia de malestar psicológico en mujeres estériles.

## 8. MÉTODO

### 8.1 VARIABLES

#### 8.1.1 Variable categórica

##### *Esterilidad femenina*

**Definición conceptual:** Se considera esterilidad a la incapacidad en las mujeres para concebir aun cuando tienen pareja, relaciones sexuales frecuentes y sin control contraceptivo durante un lapso mínimo de un año (INPer, 1990).

Esterilidad primaria: cuando la mujer en ninguna ocasión ha logrado el embarazo.

Esterilidad secundaria: cuando la mujer al menos ha logrado el embarazo en una ocasión y puede o no tener un hijo vivo.

**Definición operacional:** Mujeres que estén dentro de las clínicas de esterilidad o reproducción asistida del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) para lograr un embarazo, diagnosticadas como esterilidad primaria o secundaria por ginecólogos de las clínicas del propio Instituto.

#### 8.1.2 Variables de clasificación

##### *a) Papel de género*

**Definición conceptual:** Papel de género son aquellos factores exclusivos del varón o la mujer, lo que los diferencia y los hace sujetos de estudios independientes y va más allá de aspectos biológicos (Lara, 1993).

**Definición operacional:** Respuestas del sujeto al Inventario Masculinidad-Femineidad (Lara, 1993).

### *b) Autoestima*

**Definición conceptual:** Es el juicio de valía que se expresa en las actitudes que el individuo toma sobre sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se trasmite a los demás por reportes verbales o conductas manifiestas (Coopersmith, 1967; Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993).

**Definición operacional:** Respuestas que la paciente dé al cuestionario de autoestima de Coopersmith.

### *c) Locus de control*

**Definición conceptual:** Cuando un sujeto percibe un refuerzo como no contingente a alguna acción suya; en la cultura mexicana, típicamente se percibe como un resultado de la suerte, el destino, el control de otros poderosos o como impredecibles por causa de la complejidad de las fuerzas que lo rodean. Cuando el acontecimiento se interpreta de este modo, se denomina “creencia en el control externo”. Si la persona percibe que el evento es contingente a su conducta o a sus características relativamente permanentes, se le llama “creencia en el control interno” (Rotter, 1966).

**Definición operacional:** Respuestas que la paciente dé al cuestionario de *locus* de control de Rotters.

### *d) Modos de afrontamiento*

**Definición conceptual:** Todas las respuestas cognitivas y comportamentales que realiza una persona para cambiar o controlar las circunstancias estresantes de una situación, así como para reducir las emociones negativas que le acompañan (Folkman y Lazarus, 1984).

**Definición operacional:** Respuestas que la paciente dé al cuestionario de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman.

## **8.1.3 Variable dependiente**

### *Malestar psicológico*

**Definición conceptual:** Conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, que no puede ser agrupado en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos. Es obvio

que la persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva (Morales, Díaz, Espíndola, Henales, Meza, Mota y Pimentel, 2004).

**Definición operacional:** Respuestas que la paciente dio al Cuestionario General de Salud (CGS) que mide malestar psicológico (Golberg, 2002).

#### **8.1.4 Variables intervinientes**

##### *a) Años de evolución del padecimiento*

Se considera el tiempo que transcurre desde el diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria hasta el día de la aplicación de los instrumentos psicológicos.

##### *b) Clasificación socioeconómica*

Es la asignación que se realiza por parte del departamento de trabajo social, donde 1 es el índice más bajo y 10 el más alto de ingreso económico.

##### *c) Trabaja dentro o fuera de la casa*

Se considera a las personas que la mayor parte del tiempo realizan sus actividades dentro o fuera del hogar y si tienen remuneración económica por sus actividades.

##### *d) Estado civil*

Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

## **8.2 MUESTRA**

Mediante la aplicación del programa para calcular muestras (SAMPLE) se establece el número representativo no probabilístico para la presente investigación a partir de 1,026 ingresos anuales, para consulta de primera vez, con un parámetro de estimación de 20%, con un grado de confianza de .005; la **n** requerida es de 240 mujeres.

## **8.3 PARTICIPANTES**

La muestra fue de un solo grupo de 240 mujeres estériles, dividido en dos por la presencia o ausencia de malestar psicológico. Las pacientes que provenían de las clínicas de esterilidad o reproducción asistida con diagnóstico de esterilidad

primaria o secundaria eran enviadas para la aplicación de los instrumentos al departamento de psicología.

#### 8.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

Para la descripción de la muestra, en relación con los datos sociodemográficos, se utilizaron los análisis de frecuencia, así como las medidas de tendencia central para conocer la distribución de los datos. Para una mayor comprensión, se incluyen tablas según se requiera en cada variable.

En cuanto a la edad tuvo una distribución variable, ya que abarcaba un número considerable de frecuencias que iban desde los 21 años hasta los 40, con una media de 30.91 ( $\pm 3.99$ ). Lo importante es la diversidad con que contó la muestra (tabla 8.1).

**Tabla 8.1.** Edad de las participantes

| Edad         | Frecuencia | Porcentaje | Acumulado |
|--------------|------------|------------|-----------|
| 21           | 2          | .8         | .8        |
| 23           | 8          | 3.3        | 4.2       |
| 24           | 9          | 3.8        | 7.9       |
| 25           | 7          | 2.9        | 10.8      |
| 26           | 14         | 5.8        | 16.7      |
| 27           | 13         | 5.4        | 22.1      |
| 28           | 15         | 6.3        | 28.3      |
| 29           | 11         | 4.6        | 32.9      |
| 30           | 24         | 10.0       | 42.9      |
| 31           | 23         | 9.6        | 52.5      |
| 32           | 21         | 8.8        | 61.3      |
| 33           | 21         | 8.8        | 70.0      |
| 34           | 25         | 10.4       | 80.4      |
| 35           | 14         | 5.8        | 86.3      |
| 36           | 20         | 8.3        | 94.6      |
| 37           | 7          | 2.9        | 97.5      |
| 38           | 4          | 1.7        | 99.2      |
| 39           | 1          | .4         | 99.6      |
| 40           | 1          | .4         | 100       |
| <b>Total</b> | <b>240</b> | <b>100</b> |           |

Los antecedentes de estado civil se describen a continuación. Destaca que la mayor concentración de las pacientes evaluadas eran casadas; tan sólo 20 de las participantes mantenían la relación de unión libre. Esto se ajusta a los criterios de la población abierta (tabla 8.2).

**Tabla 8.2.** Estado civil

|              | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje válido</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|--------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Casada       | 220               | 91.7                     | 91.7                        |
| Unión libre  | 20                | 8.3                      | 100.0                       |
| <b>Total</b> | <b>240</b>        | <b>100.0</b>             |                             |

El factor socioeconómico es asignado por el Departamento de Trabajo Social; el nivel 1 se considera el más bajo y 8 el más alto, con una media de 3.05 ( $\pm .45$ ), lo que indica que la mayoría de las participantes (90.4%) cumple con los criterios para ubicarse en el rango de población socioeconómica baja (tabla 8.3).

**Tabla 8.3.** Factor socioeconómico

|              | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje válido</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|--------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 2.00         | 24                | 10.0              | 10.0                     | 10.0                        |
| 3.00         | 193               | 80.4              | 80.4                     | 90.4                        |
| 4.00         | 13                | 5.4               | 5.4                      | 95.8                        |
| 5.00         | 5                 | 2.1               | 2.1                      | 97.9                        |
| 6.00         | 5                 | 2.1               | 2.1                      | 100.0                       |
| <b>Total</b> | <b>240</b>        | <b>100.0</b>      | <b>100.0</b>             |                             |

**Tabla 8.4.** Ocupación

| <b>Ocupación</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje válido</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Fuera de la casa  | 65                | 27.1              | 27.1                     | 27.1                        |
| Dentro de la casa | 175               | 72.9              | 72.9                     | 100.0                       |
| <b>Total</b>      | <b>240</b>        | <b>100.0</b>      | <b>100.0</b>             |                             |

**Tabla 8.5.** Escolaridad

|              | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje válido</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|--------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Primaria     | 23                | 9.6               | 9.6                      | 9.6                         |
| Secundaria   | 87                | 36.3              | 36.3                     | 45.8                        |
| Bachillerato | 96                | 40.0              | 40.0                     | 85.8                        |
| Licenciatura | 31                | 12.9              | 12.9                     | 98.8                        |
| Posgrado     | 3                 | 1.3               | 1.3                      | 100.0                       |
| <b>Total</b> | <b>240</b>        | <b>100.0</b>      | <b>100.0</b>             |                             |

Los antecedentes ginecobstétricos de la muestra se describen a continuación; todas las pacientes tanto de esterilidad primaria como secundaria estaban dentro de las clínicas de reproducción asistida o esterilidad en busca de un nuevo embarazo (tabla 8.6).

**Tabla 8.6.** Tipo de esterilidad

| <b>Tipo de esterilidad</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje válido</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|----------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Primaria                   | 153               | 63.8              | 63.8                     | 63.8                        |
| Secundaria                 | 87                | 36.3              | 36.3                     | 100.0                       |
| <b>Total</b>               | <b>240</b>        | <b>100.0</b>      | <b>100.0</b>             |                             |

El tiempo de evolución del padecimiento se registró de 1 a 15 años, con una media de 5.58 ( $\pm$  2.93), lo que permitirá hacer comparaciones con tres intervalos de cinco años cada uno (tabla 8.7).

En cuanto al número de gestaciones, éstas iban de cero gestaciones a cinco (se registro un solo caso). Cabe señalar que a pesar del número de gestas no necesariamente tenían hijos vivos (tabla 8.8).

**Tabla 8.7.** Años de evolución de esterilidad

| Años | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 1    | 9          | 3.8        | 3.8               | 3.8                  |
| 2    | 20         | 8.3        | 8.3               | 12.1                 |
| 3    | 31         | 12.9       | 12.9              | 25.0                 |
| 4    | 38         | 15.8       | 15.8              | 40.8                 |
| 5    | 39         | 16.3       | 16.3              | 57.1                 |
| 6    | 31         | 12.9       | 12.9              | 70.0                 |
| 7    | 17         | 7.1        | 7.1               | 77.1                 |

**Tabla 8.8.** Gestas

|              | Frecuencia | Porcentaje   | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|--------------|-------------------|----------------------|
| 0            | 151        | 62.9         | 62.9              | 62.9                 |
| 1            | 58         | 24.2         | 24.2              | 87.1                 |
| 2            | 22         | 9.2          | 9.2               | 96.3                 |
| 3            | 8          | 3.3          | 3.3               | 99.6                 |
| 5            | 1          | .4           | .4                | 100.0                |
| <b>Total</b> | <b>240</b> | <b>100.0</b> | <b>100.0</b>      |                      |

En cuanto al número de paras, la mayoría (85 por ciento) no había tenido ninguna; se registraron casos de tres paras (.8 por ciento). Para todos estos antecedentes ginecobstétricos, la importancia radica en el gasto psicológico que implica pasar por todos los procedimientos sin lograr engendrar un hijo (tabla 8.9).

**Tabla 8.9.** Paras

|              | Frecuencia | Porcentaje   | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|--------------|-------------------|----------------------|
| 0            | 204        | 85.0         | 85.0              | 85.0                 |
| 1            | 32         | 13.3         | 13.3              | 98.3                 |
| 2            | 2          | .8           | .8                | 99.2                 |
| 3            | 2          | .8           | .8                | 100.0                |
| <b>Total</b> | <b>240</b> | <b>100.0</b> | <b>100.0</b>      |                      |

El número de abortos para esta población representa el 24.6%: va de uno hasta cuatro.

**Tabla 8.10.** Número de abortos

|              | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje válido</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|--------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 0            | 181               | 75.4                     | 75.4                        |
| 1            | 40                | 16.7                     | 92.1                        |
| 2            | 14                | 5.8                      | 97.9                        |
| 3            | 4                 | 1.7                      | 99.6                        |
| 4            | 1                 | .4                       | 100.0                       |
| <b>Total</b> | <b>240</b>        | <b>100.0</b>             |                             |

Se puede observar en la tabla 8.11 que 14.6% tenía hijos.

**Tabla 8.11.** Número de hijos

|              | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje válido</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|--------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 0            | 205               | 85.4                     | 85.4                        |
| 1            | 31                | 12.9                     | 98.3                        |
| 2            | 3                 | 1.3                      | 99.6                        |
| 3            | 1                 | .4                       | 100.0                       |
| <b>Total</b> | <b>240</b>        | <b>100.0</b>             |                             |

## 8.5 ESCENARIO

La investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), institución de tercer nivel de atención que trata problemas que giran alrededor de la reproducción, concretamente en el Departamento de Psicología con la población que asiste a la institución para su atención médica.

## 8.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Las participantes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: ser pacientes del INPer, que estuvieran dentro de la clínica de esterilidad o reproducción asistida, con diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria de acuerdo con los

criterios médicos del INPer, con distintos periodos de evolución de la esterilidad (1 a 15 años), escolaridad mínima de primaria, edad de 20 a 40 años, con pareja sexual estable, sin padecimientos psiquiátricos observados clínicamente y haber firmado la carta de consentimiento informado.

### **8.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Fueron excluidas las mujeres que no tenían un diagnóstico médico previo, con retardo mental o trastorno psicótico o con una enfermedad orgánica que condicionara la presencia de malestar, como síndromes neurológicos, endocrinos, cardiopatías, problemas vasculares; tampoco se consideraron aquellas que se negaron a firmar el consentimiento informado. Cuando más de tres reactivos o uno de los instrumentos estaba incompleto, se excluía el caso.

### **8.8 DISEÑO**

Se realizó un diseño correlacional-multivariado, de una muestra independiente dividida en dos, a partir del punto de corte del instrumento, presencia o ausencia de malestar psicológico.

### **8.9 TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio no experimental de campo, debido a que la aplicación de los cuestionarios y de los instrumentos fue en el ambiente natural de los participantes; retrospectivo, pues el fenómeno estudiado ya está dado. No hay un control estricto de variables; transversal, multivariado, de una muestra y de observaciones independientes.

### **8.10 REQUERIMIENTOS ÉTICOS**

En cumplimiento de un requisito para la investigación con personas, de los comités de ética, tanto de la APA como del Instituto Nacional de Perinatología, el procedimiento es el siguiente: después de haber sido aprobado el protocolo por el Comité de Investigación, se envía al Comité de Ética que, después de aprobarlo y de determinar el tipo de riesgo, da los requerimientos para elaborar la

carta de consentimiento informado (véase Anexo 1); ésta se diseñó con los requerimientos institucionales: cada participante debió firmar con dos testigos su participación, independiente de su atención institucional y con la libertad de retirarse de la investigación si así lo deseaba. En caso de requerir atención psicológica, ésta fue proporcionada sin costo alguno para la paciente dentro de la institución.

## 8.11 INSTRUMENTOS

### *a) Afrontamiento*

El instrumento cuenta con 67 reactivos, con cuatro opciones tipo Likert que va desde “no, de ninguna manera”, hasta “siempre” y “en gran medida”. Una vez calificados proporcionan ocho tipos o estilos de afrontamiento: confrontativo, distanciamiento, autocontrol, soporte social, responsabilidad, escape-avoidance, resolución de problemas y reevaluación positiva. Es importante señalar que no existen modos de afrontamiento buenos o malos, sino de las características de cada una de las personas sobre cómo afrontan los problemas que se van presentado a lo largo de su vida o frente a situaciones cotidianas (Folkman, Lazarus, 1988).

Para la calificación del instrumento se requiere de una valoración en su conjunto, es decir, para determinar qué modo de afrontamiento preferentemente utiliza una persona se tienen que comparar todos los puntajes obtenidos. El promedio mayor de cada uno de los ocho modos será la clasificación que se le asignará.

### *b) Instrumento de locus de control*

Para Rotter (1965) la creencia del control conductual solamente es dicotómica interna-externa, por lo que propone un instrumento compuesto por 29 reactivos de elección forzada con dos respuestas que indican internalidad o externalidad. El *locus* de control parece no limitarse exclusivamente a la contingencia entre comportamiento y resultado, sino que se trata de un fenómeno cognitivo-perceptivo-emocional y, posiblemente, representa una modalidad de existencia mediante la cual el sujeto no solamente explica, sino que también define la estructura de su propio destino (Tamayo, 1993).

La Rosa (1988) resume resultados de investigación realizada con la escala de Rotter:

1. Los sujetos internos presentan puntajes más altos en dominación, tolerancia, buena impresión, sociabilidad, bienestar y logro.
2. Los sujetos internamente orientados se presentan como asertivos, independientes, más efectivos, poderosos y realizadores.
3. Los internos manifiestan más iniciativa en sus esfuerzos para alcanzar y controlar el medio ambiente que los externos.
4. Existe una correlación negativa entre autoestima y externalidad.

***c) Inventario de Masculinidad-Femineidad (IMAFE)***

Este instrumento construido por Lara (1993) es una escala de 60 reactivos con 7 opciones de respuesta tipo Likert. El objetivo para el diseño de un instrumento con estas características fue medir de forma confiable y válida, en población mexicana, características femeninas y masculinas de la personalidad basada en los aspectos más representativos de los papeles y estereotipos de la cultura mexicana, incluidos los papeles no deseables de machismo y sumisión. Se centra en las características de la personalidad que de manera sobresaliente se atribuyen al varón o a la mujer, es decir, mide rasgos de personalidad asociados al género: rasgos de personalidad considerados deseables para el varón y la mujer que se manifiestan como estereotipos de México (Lara, 1993).

En términos generales, el instrumento fue probado en población de distintas características sociodemográficas, con una muestra de 1,301 sujetos; se sometió a dos procesos estadísticos de correlación y análisis factorial; ambas pruebas mostraron una alta consistencia interna, así como validez y confiabilidad para evaluar a las personas con las cuatro escalas resultantes del análisis factorial, masculino, femenino, machismo y sumisión.

***d) Inventario de autoestima de Coopersmith***

En 1993 se realizó la traducción y estandarización para población mexicana de esta prueba con una muestra de 411 personas de una amplia gama de ambientes laborales, con edades de 17 a 51 años, en la ciudad de México. La validez de constructo se estudió evaluando el poder de discriminación de los reactivos entre sujetos con puntuaciones altas y aquellos con puntuaciones bajas, usando la prueba T. Los resultados exhibieron diferencias significativas en todos los reactivos. La investigación mostró que el instrumento tiene validez y

confiabilidad adecuadas para la población mexicana estudiada (Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993).

En la tabla 8.12, la cual aparece más adelante, se muestran los valores de Alpha de cada uno de los instrumentos para una mayor certidumbre sobre las mediciones; el más alto fue el Cuestionario General de Salud con un valor de Alpha de .9315 y el más bajo el instrumento de *locus* de control con un valor de Alpha de .5973. Todos los instrumentos tienen un valor con adecuada consistencia interna.

#### *e) Cuestionario General de Salud (CGS)*

La intención de los profesionales de la salud mental es evaluar objetivamente los niveles de salud mental de las pacientes que no están en alguna clínica de esa especialidad. A partir de esta premisa, David Goldberg (1972) elaboró el cuestionario de autorreporte de salud general (cuestiones de salud autopercibida). Esta misma expectativa llevó posteriormente a diversos investigadores a modificarlo, adaptarlo y perfeccionarlo (García, 1991).

El CGS es una encuesta autoadministrada que consta de 30 reactivos agrupados en cuatro subescalas con aproximadamente siete reactivos por escala: la escala *A*: síntomas somáticos; *B*: disturbios del sueño; *C*: Relaciones interpersonales; *D*: comportamiento observado; *E*: ansiedad; *F*: depresión severa o grave. Cada uno de los reactivos tiene cuatro opciones tipo Likert: mejor que antes (1), igual que antes (2), peor que antes (3), mucho peor que antes (4). La paciente tiene que tachar la respuesta de su elección. Lo importante es que la persona se limita a responder sólo la sintomatología de las dos últimas semanas. El punto de corte adecuado para la versión CGS-30, como un instrumento de tamizaje, se establece en punto 7/8, lo que indica que una calificación menor a 7 clasifica a pacientes no caso y por arriba de 8 a los pacientes caso (Gómez y Morales, 1990; Martínez, Ibarra, Yglesias y Sánchez, 1999). Este cuestionario fue elaborado por Goldberg (1972) con la intención de identificar la severidad de los disturbios psiquiátricos menores y no sintomatología física (García, 1991).

Originalmente propone cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría. Algunos de los reactivos provienen de la Escala de Ansiedad de Taylor, del Inventario de Personalidad de Eysenck y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota. Mediante un análisis factorial con extracción de los componentes principales, se formaron cuatro

factores que explican en su conjunto 55.5% de la varianza; éstos fueron: depresión psíquica, agitación, ansiedad e irritabilidad.

El cuestionario ha sido considerado por algunos autores como un instrumento para evaluar bienestar psicológico. En general, ha sido recomendado tanto en la investigación epidemiológica como en el trabajo clínico, siempre que se pretenda evaluar un estado general de salud mental o bienestar.

La mayoría de los investigadores reconocen que la mejor utilización del CGS es en estudios epidemiológicos, poblacionales o de ciertos grupos específicos de población como estudiantes, ancianos, mujeres embarazadas y puérperas, así como con los familiares y cuidadores de enfermos crónicos (García, 1991).

También se usa para evaluar la salud mental con algunos elementos psicosociales, como pueden ser problemas de la mujer y la familia, migración, apoyo social y situaciones sociales y ambientales especiales. También se aplica para reconocer repercusiones sobre la salud mental y bienestar en situaciones estresantes de distinta índole, como desastres naturales (García, 1999).

El estudio de Soler, Barreto y González. (2005) para medir la violencia doméstica en mujeres con resultados, recomiendan su uso para este fin. Por su parte Lewis, Wessely (2000) comparan en instrumento, con la escala para medir ansiedad y depresión en ambientes hospitalarios con una correlación de .80, recomiendan su aplicación como un instrumento de tamizaje. Su aplicación para detectar en trabajadores con síndrome de Burnout de diferentes ambientes laborales, especialmente, trabajadores de la salud (Makowska y Merecz, 2000).

La variedad de aplicaciones permite caracterizar poblaciones de distinta índole, como el caso de Saiepour, Mohammad y Abhari (2008), que intentaron detectar desordenes mentales en mujeres menopáusicas iraníes; los resultados que obtuvieron permiten recomendarlo en mujeres que terminaron con el ciclo reproductivo, por la confiabilidad que tiene para detectar síntomas psicológicos.

En un estudio con pacientes embarazadas y con síntomas de migraña se pudieron observar, medidos con CGS, cambios significativos con un tratamiento combinado, retroalimentación biológica más fármacos; la sintomatología estaba mediada por malestar psicológico y síntomas somáticos (Martínez, Ibarra, Yglesias y Sánchez, 1999).

Algunos autores lo han utilizado con un gran número de pacientes con problemas cardiovasculares, enfermedades crónicas (cáncer, neurológicas, reumatológicas, endocrinas, asmáticas); recientemente, en pacientes con sida y

trastornos de alimentación, así como con pacientes quirúrgicos y ginecoobstétricos; en alcohólicos y en otras toxicomanías y también para evaluar la prevalencia de disturbios psicológicos en población hospitalaria (Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz y Weil, 2003; Martínez, Ibarra, Yglesias y Sánchez, 1999; García, 1991).

Es preciso señalar que existen versiones del CGS en diferentes idiomas y culturas, con sus correspondientes estudios de validación. El análisis de los ítems de esta escala indica que ésta se refiere a los indicadores de salud mental autopercibida y, en este sentido, ofrece también una evaluación de este aspecto del bienestar psicológico (García, 1991).

Se puede decir que en el primer factor predominan los contenidos de autorreporte de estados: sentimientos de bienestar general; mientras en el segundo destacan los autorreportes de conductas: cognitivos-valorativos del afrontamiento y la autoestima (García, 1991).

Al ser un instrumento diseñado para uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto de vista psíquico, “normalmente” y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico (Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz y Weil, 2003).

Se ha demostrado en algunos estudios que pacientes con enfermedad somática grave puntúan alto en el CGS, por lo que se ha sugerido que en este tipo de pacientes sería necesario elevar el umbral para mejorar la sensibilidad y especificidad.

Los estudios internacionales de validación del CGS-30 son numerosos y están hechos con diferentes grupos de pacientes. En conjunto, los datos disponibles han mostrado una elevada confiabilidad test-retest ( $r = 0.90$ ).

Para el presente estudio será útil considerar que el bienestar psicológico es una vivencia personal que se puede manifestar en reportes verbales en el Cuestionario General de Salud, que permitan a la paciente describir sus circunstancias objetivas y subjetivas como una formulación y un proceso que interactúa.

En la tabla 8.12 se observan los valores que muestran la adecuada consistencia interna de los instrumentos aplicados.

## *Consistencia interna de los instrumentos*

**Tabla 8.12.** Valor de Alpha de cada uno de los instrumentos

| <b>Instrumento</b>            | <b>No. de reactivos</b> | <b>Valor de Alpha</b> |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Autoestima                    | 25                      | .8731                 |
| Papel de Género               | 60                      | .8561                 |
| Afrontamiento                 | 66                      | .8695                 |
| <i>Locus</i> de Control       | 29                      | .5973                 |
| Cuestionario General de Salud | 30                      | .9315                 |

### **8.11.1 Lugar y duración**

Durante dos años se invitó a las pacientes que acudían a la Clínica de Esterilidad y la Clínica de Reproducción Asistida del Instituto Nacional de Perinatología a contestar los cuestionarios en el área de consulta externa, así como en las instalaciones del Departamento de Psicología.

#### *a) Unidades de observación*

Las unidades de observación fueron mujeres estériles con distintos periodos de evolución del padecimiento (1 a 15 años), tanto de esterilidad primaria como secundaria.

#### *b) Recolección de datos*

Los cuestionarios se aplicaron durante dos años a pacientes que fueron derivados de las clínicas de esterilidad, así como de reproducción asistida, previamente diagnosticadas por ginecólogos del Instituto como mujeres con esterilidad primaria o secundaria. Todos los instrumentos se aplicaron en una sola sesión, tanto en consulta externa como en las instalaciones del Departamento de Psicología, siempre y cuando las participantes firmaran el consentimiento informado, en donde se explican los derechos de cada una de las participantes. Como requisito ético se mencionaba que en el momento en que ellas desearan abandonar la investigación lo podían hacer sin repercusión en sus tratamientos; en el caso de que las pacientes tuvieran un puntaje en alguno de los instrumentos por arriba del punto de corte, se les llamaba telefónicamente para brindarles atención psicológica dentro de la clínica de esterilidad y psicología, sin costo para ellas hasta que terminara el tratamiento.

### 8.11.2 Plan de análisis

#### *Objetivos*

El objetivo general es la construcción de un modelo explicativo del malestar psicológico en mujeres estériles, que permita reconocer en qué medida las variables predictoras participan en la explicación, cuando una mujer es estéril y padece cambios psicológicos. Cada una de las variables de estudio serán tratadas como clasificación y se someterán a procesos estadísticos para obtener las posibles combinaciones que puedan establecer, en el modelo explicativo, con la variable dependiente.

#### *Estadística*

Se aplicaron medidas de tendencia central para la descripción de la muestra, así como estadística inferencial; el primer procedimiento fue la correlación para establecer el grado de asociación entre las variables de clasificación, papel de género, autoestima, modos de afrontamiento y *locus* de control. Una vez que se establece la correlación, aquellas variables que tuvieron correlaciones bajas y consistentes se analizaron con la prueba de regresión lineal. Todas aquellas variables producto de los análisis estadísticos se preparan para la construcción del modelo mediante el programa de ecuaciones lineales estructurales (EMOS).

## 9. RESULTADOS

Los procedimientos estadísticos a los que fueron sometidas las variables que se trabajaron como dependientes consistieron en un análisis de frecuencia que permite describir el comportamiento de cada una de dichas variables; se incluyen, a lo largo de este apartado, tablas y gráficas para su mayor comprensión, así como para observar la distribución de las respuestas de los participantes en el presente trabajo.

Las categorías de orientación o papel de género son tomados de Lara (1993) y Stevens (1975), quienes mencionan que tanto hombres como mujeres pueden tener determinada orientación y mostrar los siguientes rasgos:

- ▶ **Masculino:** son las conductas denominadas instrumentales, es decir, las que están dirigidas a una acción u oficio; tienen que ver con la autoprotección y se hallan orientadas básicamente a metas, con agresividad, búsqueda de dominio, autoafirmación, reflexión, razón, respeto por el orden, abstracción y objetividad.
- ▶ **Femenino:** son las características denominadas de relación, así como la necesidad de involucrarse con los demás; más que con las ideas, están encaminadas hacia los sentimientos y la abstracción; son pasivas, dóciles, expresivas, protectoras, orientadas a la crianza.
- ▶ **Machismo:** se describe como el culto a la virilidad y se traduce en una exagerada agresividad, arrogancia y agresión sexual contra la mujer, además de la necesidad de tener siempre la razón e, incluso, llegar al extremo de considerar las opiniones divergentes como una declaración de enemistad.
- ▶ **Sumisión:** en ésta se aprecia una necesidad exagerada de mostrar una gran fuerza espiritual con actitudes de abnegación y capacidad para soportar el sufrimiento que no evita, sino que exhibe; muestra dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez frente al varón.

## 9.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

En la tabla 9.1 se observan las distribuciones de la población estudiada para la construcción y validación del instrumento, así como los resultados obtenidos en las distintas orientaciones, donde se observa que las participantes estuvieron ligeramente por debajo de los puntos de corte del instrumento.

Una vez comparadas las puntuaciones originales y de la población estudiada, se analiza la muestra general y se obtienen porcentajes y frecuencias: el papel de género femenino obtiene 79.2% (190), masculino 15% (36), machismo 4.6% (11) y sumisión 1.3% (3).

**Tabla 9.1.** Papel de género

| Orientación | Población |      | Población |      |
|-------------|-----------|------|-----------|------|
|             | Original  | DS   | Estudiada | DS   |
| Masculino   | 4.69      | .97  | 4.13      | 1.06 |
| Femenino    | 5.23      | 1.02 | 5.20      | 1.08 |
| Machismo    | 3.05      | .86  | 2.80      | .86  |
| Sumisión    | 2.96      | .73  | 2.65      | .83  |

Comparadas las puntuaciones originales con los de la muestra estudiada, se emplean los puntos de corte, con una desviación estándar descritos en la tabla 9.1 de la población original, se analizaron cada una de las escalas de los cuatro papeles de género, se construyen cuatro categorías sin el rasgo, tendencia, definido y acentuado. Esto quiere decir que si una de las mujeres valoradas está por debajo o por arriba del punto de corte. Si está por arriba indica que rebasó el punto y la desviación estándar y, por tanto, es un rasgo acentuado; si cae por debajo del punto de corte significa que no presenta el rasgo. También se pueden apreciar las tendencias que se van presentando.

Mediante un análisis más fino y sobre la base de cada una de las escalas, se obtuvieron los siguientes resultados: el papel de género masculino (tabla 9.2) indica que 55.4% tiene un papel definido y 33.8% muestra una tendencia a mantener el rasgo, 7.5% tiene un papel acentuado y el restante 3.3% no lo mantiene. Lo anterior quiere decir que cuando se habla de un papel definido y acentuado las participantes están plenamente identificadas con el rasgo e implica poca flexibilidad. En términos de salud psicológica, la mayoría de las personas tendría que expresar papeles de género flexibles. Las mujeres que tienen un papel de género de masculino tienden a ser más instrumentales; en ocasiones el hecho

de ser instrumental, como característica, implica manejar la distancia afectiva del problema y tener algunas conductas que las lleve a modificar el problema.

**Tabla 9.2.** Papel de género masculino

|              | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje válido</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|--------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Sin el rasgo | 8                 | 3.3               | 3.3                      | 3.3                         |
| Tendencia    | 81                | 33.8              | 33.8                     | 37.1                        |
| Definido     | 133               | 55.4              | 55.4                     | 92.5                        |
| Acentuado    | 18                | 7.5               | 7.5                      | 100                         |
| <b>Total</b> | <b>240</b>        | <b>100</b>        | <b>100</b>               |                             |

La tabla 9.3 indica una mayoría con el rasgo definido, es decir, 65% de la muestra; 10.8% mantiene un papel acentuado; esto permite afirmar que hay una tendencia de apego a su papel con todo lo que implica. Desde la definición de la propuesta teórica, un excesivo apego a su papel indica la tendencia a mantener la maternidad como uno de los definidores fundamentales de la femineidad.

**Tabla 9.3.** Papel de género femenino

|              | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje válido</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|--------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Sin el rasgo | 2                 | .8                | .8                       | .8                          |
| Tendencia    | 56                | 23.3              | 23.3                     | 24.2                        |
| Definido     | 156               | 65.0              | 65.0                     | 89.2                        |
| Acentuado    | 26                | 10.8              | 10.8                     | 100                         |
| <b>Total</b> | <b>240</b>        | <b>100</b>        | <b>100</b>               |                             |

La tabla 9.4 muestra la tendencia de las mujeres evaluadas a mantener como característica de papel de género el machismo; es uno de perfiles no deseables del papel de género, pues denota una tendencia a imponer los propios puntos de vista sin tomar en cuenta las opiniones de los demás. Esto es importante, ya que cuando se establece esta orientación, la paciente tiende a percibir que está sola frente a los problemas, verbigracia la esterilidad.

En la tabla 9.5 se puede observar la descripción de papel de género de sumisión: 53.3% manifiesta una marcada tendencia a mostrar preferentemente esa característica; mantener esa tendencia indica que la mayoría de las mujeres

manifiesta conductas de marianismo y abnegación en forma frecuente. Esta tendencia revela una presencia de malestar psicológico.

**Tabla 9.4.** Papel de género de machismo

|              | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje válido</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|--------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Sin el rasgo | 48                | 20.0              | 20.0                     | 20.0                        |
| Tendencia    | 22                | 9.2               | 9.2                      | 29.2                        |
| Definido     | 139               | 57.9              | 57.9                     | 87.1                        |
| Acentuado    | 31                | 12.9              | 12.9                     | 100                         |
| <b>Total</b> | <b>240</b>        | <b>100.0</b>      | <b>100.0</b>             |                             |

**Tabla 9.5.** Papel de género de sumisión

|              | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> | <b>Porcentaje válido</b> | <b>Porcentaje acumulado</b> |
|--------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Sin el rasgo | 58                | 24.2              | 24.2                     | 24.2                        |
| Tendencia    | 30                | 12.5              | 12.5                     | 36.7                        |
| Definido     | 128               | 53.3              | 53.3                     | 90.0                        |
| Acentuado    | 24                | 10.0              | 10.0                     | 100.0                       |
| <b>Total</b> | <b>240</b>        | <b>100.0</b>      | <b>100.0</b>             |                             |

Cuando se describe una de las variables independientes, como la autoestima (figura 9.1), puede observarse el comportamiento de la muestra. El punto de corte del instrumento es de 17 puntos, con una desviación estándar de 5 puntos: más de la mitad de la muestra, es decir, 58.3% (140) obtuvo una puntuación que se puede catalogar como normal, y 41.7% (100) cae por debajo del punto de corte. Resulta preciso resaltar este dato, ya que puede permitir una asociación con la presencia o ausencia de malestar psicológico.

En la figura 9.2 se puede observar cada una de las respuestas que las participantes proporcionaron acerca del tipo de afrontamiento que usan preferentemente. El instrumento en sí no tiene un punto de corte; se comparan todos los promedios de cada uno de los modos y el que tenga el porcentaje más alto será el tipo de afrontamiento que la paciente utiliza preferentemente. La teoría sobre el afrontamiento menciona que es fundamental tener flexibilidad respecto del tipo de afrontamiento, ya que manejar o utilizar un solo tipo rigidiza las respuestas. Lo

adecuado es tener un repertorio amplio, aunque hay que tomar en cuenta el tipo de problema que se trata de enfrentar.

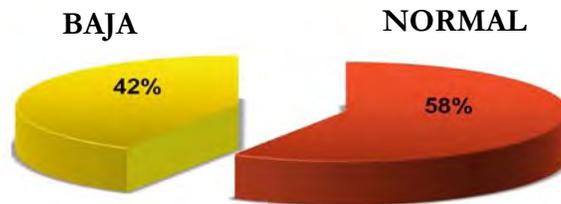


Figura 9.1. Autoestima

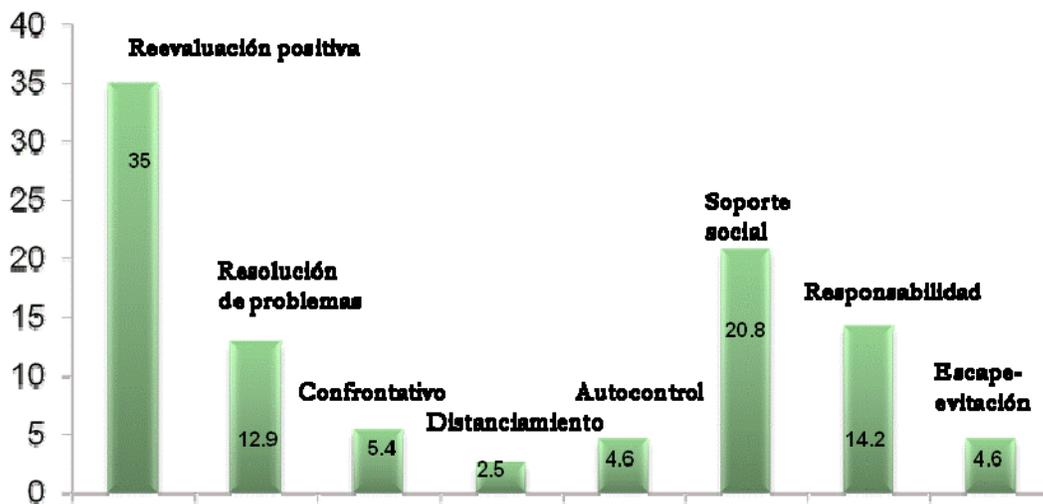
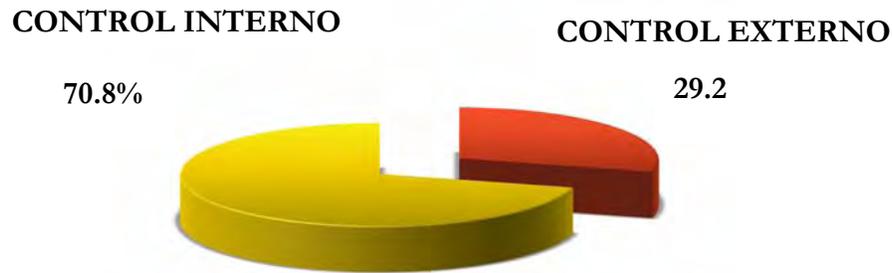


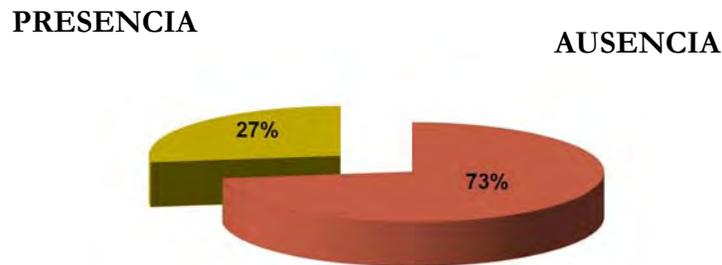
Figura 9.2. Tipo de afrontamiento

El *locus* de control (figura 9.3) fue otra de las variables que se manejaron como de clasificación; se utilizó la Escala de Rotter, que maneja dos tipos de *locus*: el interno y el externo. El punto de corte del instrumento es de 14 puntos; los puntajes por abajo del punto de corte manifiestan un control interno por arriba del *locus* externo. Se puede observar cómo la mayoría, 70%, obtuvo un *locus* de control interno, lo que permite hacer asociaciones con la variable dependiente de malestar psicológico.



**Figura 9.3.** Tipo de *locus* de control

Por último, se analizó descriptivamente la variable dependiente de presencia o ausencia de malestar psicológico, medido con el instrumento del Cuestionario General de Salud (CGS). El instrumento tiene un punto de corte de 7/8 para poblaciones hospitalarias; las personas que alcanzan 7 puntos o menos no tienen la sintomatología suficiente como para catalogarla con presencia de malestar psicológico. Cuando la persona valorada obtiene un puntaje por arriba de 8 puntos, presenta los síntomas suficientes como para determinar la presencia de malestar psicológico, como se puede observar en la figura 9.4. Se registró que 72.9% no tenía la presencia de malestar psicológico, el resto sí.



**Figura 9.4.** Malestar psicológico

### *Preparación de los datos*

En cuanto a la estadística inferencial, se propuso la formulación de una propuesta mediante la construcción de un modelo explicativo de malestar psicológico. Para

la formulación del presente modelo, se trabajó con el programa **EMOS**, el cual proporciona modelos de ecuaciones lineales estructurales, con el objetivo de establecer las variables que permitirán pronosticar en mejor medida la presencia de malestar psicológico.

### *Análisis de la Correlación*

Uno de los primeros requisitos para el tratamiento de las variables es establecer las correlaciones entre la variables de clasificación y la variable dependiente, de donde se puedan extraer aquellas que tengan correlaciones significativas, al .05 y al .01; aunque las correlaciones no tienen que estar por arriba de .70, ya que implicaría que con una sola variable se pudiera estar explicando el fenómeno en cuestión.

## **9.2 CORRELACIÓN DEL PAPEL DE GÉNERO, AFRONTAMIENTO, AUTOESTIMA Y LOCUS DE CONTROL CON CGS**

En la tabla 9.6 se pueden observar las variables que guardan relación con la variable dependiente: en cuanto al papel de género tuvieron una correlación negativa las escalas de orientación de masculino y femenino, esto es, cuando existe una orientación de masculino en el papel de género presenta menor sintomatología, lo mismo sucede con la orientación de femenino. En cuanto a las orientaciones de machismo y sumisión las correlaciones se presentan positivas; esto quiere decir que a mayor orientación en el papel de género de machismo y sumisión, mayor será la presencia de síntomas que ponen en evidencia la presencia de malestar psicológico.

En las correlaciones para el tipo de afrontamiento se observa, en primer lugar, que el modo de afrontamiento de escape-evitación mantiene una correlación positiva: a mayor presencia de síntomas, mayor será el modo de escape-evitación: era de esperarse. Las propuestas teóricas van encaminadas a sugerir una estrecha relación entre este tipo de afrontamiento y las manifestaciones de depresión y ansiedad u otras conductas alejadas de la salud. El resto de los modos de afrontamiento tiene correlaciones positivas, con excepción del modo de reevaluación positiva. Por las correlaciones que mostró cada uno de los modos de afrontamiento, se pueden introducir al modelo, independientemente de su signo positivo o negativo.

**Tabla 9.6.** Correlación de variables de clasificación y de resultado

| Variable              | Columna 1 | Columna 2 | Columna 3 | Columna 4 | Malestar psicológico |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------------|
| Masculino             | .336**    | -.111**   | -.281**   | -.243**   | -.307**              |
| Femenino              | .276**    | -.209**   | -.140**   | -.206**   | -.188**              |
| Machismo              | -.319**   | .178**    | .24**     | .182**    | .269**               |
| Sumisión              | -.405**   | .213**    | .314**    | .242**    | .338**               |
| Confrontativo         |           |           |           | .144*     | .151*                |
| Autocontrol           | -.240**   | .139*     | .198**    |           | .191**               |
| Responsabilidad       | -.355**   |           | .346**    | .204      | .358**               |
| Escape evitación      | -.488**   | .216**    | .389**    | .329      | .437**               |
| Resolución            | .167**    | -.139**   |           |           |                      |
| Reevaluación positiva | .266**    | -.197**   | -.154*    | -.171     | -.185**              |
| Locus de control      | -.255**   |           | .185**    | .228      | .218**               |
| Autoestima            | .633**    | -.178**   | -.571**   | -.443     | -.624**              |

Significancia: \*  $\leq .05$  . \*\*  $\leq .001$

### 9.3 CORRELACIÓN DE LOCUS DE CONTROL CON CGS

La correlación del *locus* de control es de .218, positiva, lo que indica que a mayor presencia de *locus* de control externo, mayor serán los síntomas reportados, como se ha referido en distintos trabajos.

### 9.4 CORRELACIÓN DE AUTOESTIMA CON CGS

La autoestima correlaciona más alto, en comparación con las otras variables, pues registra -.624. Esta correlación indica que a mayor presencia de síntomas, menor grado de autoestima.

Por ser la variable que tiene mayor peso dentro de las correlaciones, es adecuada para ingresarla en el modelo que se pretende proponer.

### 9.5 CORRELACIÓN DE AUTOESTIMA CON PAPEL DE GÉNERO

Se sometió a correlación la escala de autoestima con la escala de papel de género y se obtuvieron los siguientes resultados: con las escalas de masculino y femenino tuvieron una correlación positiva; la mayor fue la orientación del papel de género

masculino con .574 con signo positivo, lo que indica que a mayor orientación de masculino, mayor será la autoestima; lo mismo sucede con el papel de femenino, que al ser positiva indica una asociación importante para que ingrese al modelo.

La sumisión presenta una correlación negativa, con un valor de  $-.524$ ; lo mismo sucede con machismo, aunque con menor asociación,  $-.206$ . Ambos papeles de género indican que a mayor autoestima, menor presencia de estos papeles (tabla 9.7).

## **9.6 CORRELACIÓN DE AUTOESTIMA CON AFRONTAMIENTO**

Cuando se analizan los modos de afrontamiento y la autoestima, se observa que el modo de afrontamiento de escape-evitación tiene la correlación más alta,  $-.567$ , de todos los modos; la más baja resulta soporte social, con un valor de  $.170$ ; el resto de los modos de afrontamiento mantienen cierto equilibrio, lo que indica que aquella persona con una autoestima baja, preferentemente, utiliza el recurso de escape-evitación (tabla 9.7).

## **9.7 CORRELACIÓN DE *LOCUS* DE CONTROL CON PAPEL DE GÉNERO**

Entre el *locus* de control y los papeles de género, se observó una correlación negativa, con masculino y femenino; la mayor asociación fue  $-.319$  con el primero y menor con el segundo, lo que indica que tienen una relación inversa: a mayor *locus* externo, menor característica de masculino o femenino. Con sumisión tiene una relación positiva y no mantiene ninguna relación con la orientación de machismo (tabla 9.7).

## **9.8 CORRELACIÓN DE *LOCUS* DE CONTROL CON MODOS DE AFRONTAMIENTO**

Cuando se asocia con los modos de afrontamiento, por principio sólo guarda relación con cinco de los ocho, por lo que se percibe una mayor relación entre escape-evitación con una correlación positiva de  $.323$ : a mayor *locus* externo, mayor recurso de escape-evitación.

El resto mantiene correlaciones bajas y positivas, excepto resolución de problemas, ya que este modo se halla estrechamente asociado con un *locus* interno (Tabla 9.7).

**Tabla 9.7.** Correlación entre los instrumentos con autoestima y *locus* de control

| Variable                | Autoestima | <i>Locus</i> de control total |
|-------------------------|------------|-------------------------------|
| Masculino               | .574**     | -.319**                       |
| Femenino                | .400**     | -.193**                       |
| Machismo                | -.206**    |                               |
| Sumisión                | -.524**    | .235**                        |
| Distanciamiento         |            | .181*                         |
| Autocontrol             | -.292**    |                               |
| Soporte social          | .170**     |                               |
| Responsabilidad         | -.363**    | .163*                         |
| Escape evitación        | -.567**    | .323                          |
| Resolución de problemas | .328**     | -.156*                        |
| Reevaluación positiva   | .329**     |                               |
| Autoestima              |            | -.342**                       |

Significancia: \*  $\leq .05$  . \*\*  $\leq .001$

## 9.9 CORRELACIÓN ENTRE PAPEL DE GÉNERO Y AFRONTAMIENTO

Por último, se analizaron las correlaciones del papel de género con el modo de afrontamiento (tabla 9.8). Las correlaciones más altas del modo de afrontamiento fue el de escape-evitación, que se asocia con todos los papeles de género: la más alta fue de .437 con sumisión; .301 con machismo; tuvo correlaciones negativas con masculino, -.278, y femenino, -.226. Desde luego, tanto las asociaciones positivas como negativas son congruentes con las explicaciones teóricas sobre la relación entre los aspectos de género y las respuestas de la mujer que tienen con frecuencia síntomas de depresión y ansiedad.

Otro modo de afrontamiento que se correlaciona con los papeles de género es el confrontativo, aunque con asociaciones bajas con machismo, .217, y fue la más alta; le sigue sumisión con .176; con la orientación de femenino y masculino la correlación es baja, pero significativa. El resto de los modos de afrontamiento se

asocian con dos o tres papeles de género. Los datos que se muestran en la tabla señalada son indicativos de los requisitos que se deben cumplir al momento de ingresar las variables a un modelo para que éstas, a su vez, puedan dar explicación sobre el origen del malestar psicológico.

**Tabla 9.8.** Correlación papel de género-afrontamiento

| Variable                | Masculino | Femenino | Machismo | Sumisión |
|-------------------------|-----------|----------|----------|----------|
| Confrontativo           | .167**    | .143*    | .217**   | .176*    |
| Distanciamiento         |           |          |          | .145*    |
| Autocontrol             |           |          | .160*    | .262**   |
| Soporte social          | .251**    | .401**   |          |          |
| Responsabilidad         | -.207**   |          |          | .314**   |
| Escape evitación        | -.278**   | -.226**  | .301**   | .437**   |
| Resolución de problemas | .413**    | .394**   |          |          |
| Reevaluación positiva   | .332**    | .366**   |          | -.139**  |

Significancia: \*  $\leq .05$  . \*\*  $\leq .001$

### 9.10 ANÁLISIS REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

Una vez valoradas las variables que proporciona el análisis de correlación y aquellas con capacidad para proponer funciones en torno al fenómeno de malestar psicológico, se toman en cuenta todas las variables que intervienen en el proceso, a fin de dar respuesta a las hipótesis.

Para las variables sometidas al análisis de regresión lineal se utiliza el método de paso a paso, con el objetivo de ir eliminando las variables que no contribuyeron a la explicación de los modelos.

Las variables que se sometieron a la prueba de regresión lineal como variables independientes fueron las de papel de género (con cada una de sus orientaciones: masculino, femenino, machismo y sumisión), así como las del instrumento de modos de afrontamiento con cada una de sus ocho estilos: confrontativo, distanciamiento, autocontrol, soporte social, responsabilidad, escape-evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva.

La autoestima con grado alto o bajo, el *locus* de control con sus dos dimensiones, interno y externo. Como variables dependientes los puntajes del instrumento del CGS (malestar psicológico).

El objetivo de someter a procedimiento estas variables fue buscar cuáles de ellas pudieran explicar la mayor varianza posible de la variable dependiente, malestar psicológico; los resultados de la operación se muestran en la tabla 9.9: indica un puntaje de la varianza para el primer modelo de .389, un grado de explicación adecuado o moderado sólo con la variable de autoestima.

El segundo modelo proporcionado introduce la variable del papel de género de machismo que, en forma conjunta, tiene la capacidad de explicar el .410% de la varianza, un grado explicativo moderado.

Esto indica que, con las dos variables, puede predecirse el malestar psicológico de una mujer cuando presente autoestima baja y sumisión.

Un tercer modelo ingresa la variable del estilo de afrontamiento de responsabilidad, lo que explica en forma conjunta el .422 de la varianza.

**Tabla 9.9.** Resumen del modelo de regresión

| <b>Modelo<br/>Variable<br/>Predictora</b> | <b>R</b> | <b>R cuadrado</b> | <b>R cuadrado<br/>corregida</b> | <b>Error típico de la<br/>estimación</b> | <b>Durbin-<br/>Watson</b> |
|---|----------|-------------------|---------------------------------|--|---------------------------|
| Autoestima baja                           | .624     | .389              | .386                            | 4.722                                    |                           |
| Machismo                                  | .640     | .410              | .405                            | 4.652                                    |                           |
| Afrontamiento<br>Responsabilidad          | .65      | .429              | .422                            | 4.584                                    | 1.182                     |

Significancia .05

**Variable dependiente: malestar psicológico.**

Para este caso, las demás variables el papel de género, estilos de afrontamiento y *locus* de control no ingresan al modelo.

Por tanto, puede predecirse el malestar psicológico: según este modelo, se pronostica con una certidumbre de 42%, el resto de la varianza no explicada corresponde a otros factores que no quedaron incluidos dentro del modelo (tabla 9.10).

**Tabla 9.10.** Análisis de varianza de los modelos de malestar psicológico

| <b>Modelo</b>   | <b>Suma de cuadrados</b> | <b>gl</b> | <b>Media cuadrática</b> | <b>F</b> | <b>Sig.</b> |
|-----------------|--------------------------|-----------|-------------------------|----------|-------------|
| 1 Regresión     | 3379.129                 | 1         | 3379.129                | 151.546  | .000        |
| <i>Residual</i> | 5306.854                 | 238       | 22.298                  |          |             |
| <b>Total</b>    | 8685.983                 | 239       |                         |          |             |
| 2 Regresión     | 3557.140                 | 2         | 1778.570                | 82.186   | .000        |
| <i>Residual</i> | 5128.844                 | 237       | 21.641                  |          |             |
| <b>Total</b>    | 8685.983                 | 239       |                         |          |             |
| 3 Regresión     | 3726.336                 | 3         | 1242.112                | 59.105   | .000        |
| <i>Residual</i> | 4959.647                 | 236       | 21.015                  |          |             |
| <b>Total</b>    | 8685.983                 | 239       |                         |          |             |

Con el objetivo de generar un modelo más específico con el pronóstico del malestar psicológico, se realizó otro modelo para explicar aquellos casos que tenían un periodo de evolución de cinco años y otro de diez; se manejaron las mismas variables de clasificación y de resultado y se obtuvo un modelo para cinco años (tabla 9.11). El modelo para diez años de evolución no se construyó.

**Tabla 9.11.** Resumen del modelo de malestar psicológico para cinco años

| <b>Modelo Variable Predictora</b> | <b>R</b> | <b>R cuadrado</b> | <b>R cuadrado corregida</b> | <b>Error típico de la estimación</b> | <b>Durbin-Watson</b> |
|-----------------------------------|----------|-------------------|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| Autoestima                        | .706     | .498              | .494                        | 4.295                                |                      |
| Autoestima Escolaridad            | .732     | .536              | .529                        | 4.144                                |                      |
| Afrontamiento confrontativo       | .749     | .560              | .550                        | 4.049                                | 1.283                |

**Variable dependiente: malestar psicológico.**

Nuevamente la autoestima resultó ser la variable con mayor peso; la escolaridad por igual se manifestó como un factor pronóstico; el modo de afrontamiento confrontativo se agregó al modelo para proporcionar una explicación de 55 por

ciento de la varianza, que se considera un modelo con explicación moderada; sin embargo, son indicadores que pueden permitir una orientación con respecto al tipo de variables que pueden ingresar para la construcción de modelos aún más complejos y de mayor capacidad de explicación.

Como se observa en la tabla del análisis de varianza (tabla 9.12), los resultados por su significancia se pueden interpretar como válidos por tener una significancia de .000 en los dos modelos proporcionados por el procedimiento de regresión lineal múltiple.

**Tabla 11.12.** Análisis de varianza de modelo de cinco años

| <b>Modelo</b>   | <b>Suma de cuadrados</b> | <b>gl</b> | <b>Media cuadrática</b> | <b>F</b> | <b>Sig.</b> |
|-----------------|--------------------------|-----------|-------------------------|----------|-------------|
| 1 Regresión     | 2468.147                 | 1         | 2468.147                | 133.789  | .000        |
| <i>Residual</i> | 24903495                 | 135       | 18.448                  |          |             |
| <b>Total</b>    | 4958.642                 | 136       |                         |          |             |
| 2 Regresión     | 2657.563                 | 2         | 1328.781                | 77.380   | .000        |
| <i>Residual</i> | 2301.080                 | 134       | 17.172                  |          |             |
| <b>Total</b>    | 4958.642                 | 136       |                         |          |             |
| 3 Regresión     | 2778.343                 | 3         | 926.114                 | 56.494   | .000        |
| <i>Residual</i> | 2180.299                 | 133       | 16.393                  |          |             |
| <b>Total</b>    | 4958.642                 | 136       |                         |          |             |

### 9.11 CONFORMACIÓN DEL MODELO TEÓRICO

El modelo teórico propuesto (figura 9.5) se construyó con las diferentes escalas de los instrumentos mediante el análisis de correlación, así como de regresión lineal múltiple de las variables. Estas variables sometidas a la correlación y la regresión, conformaron el modelo teórico mismo que se probó, se aíslan la variables con base en los antecedentes de diversas investigaciones en con mujeres estériles del propio Instituto.

Cabe señalar que todas las personas utilizan preferentemente un rol de género, no obstante, pueden tener una tendencia de otro papel. Lo mismo sucede con los estilos de afrontamiento, tener uno marcadamente no excluye a los otros, la combinación de sus recursos de afrontamiento es lo que puede determinar como viva el problema al que se está enfrentando.

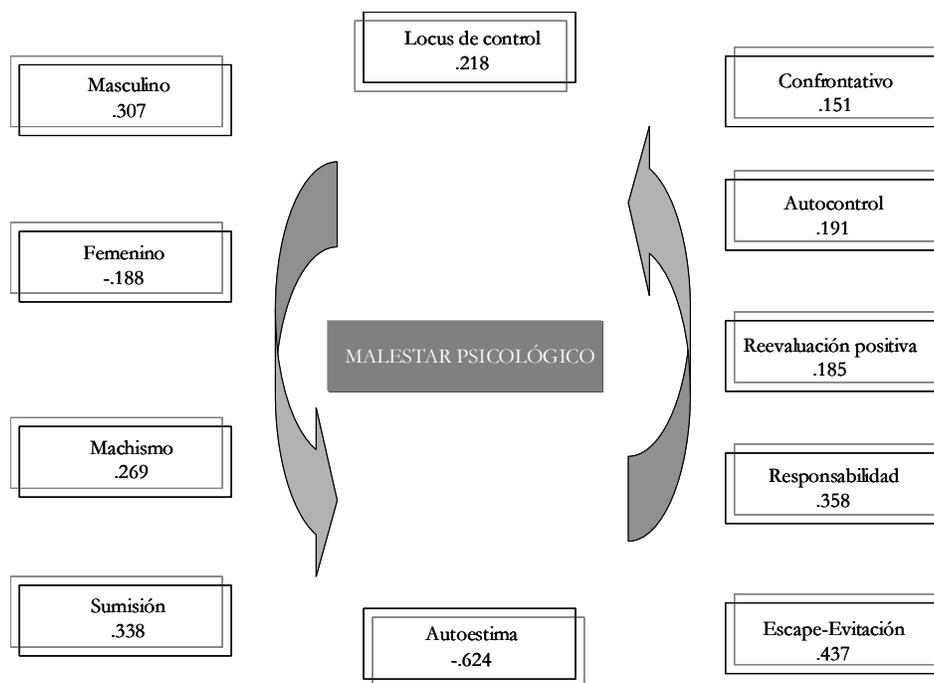


Figura 9.5. Propuesta del modelo teórico

## 9.12 MODELO DE ECUACIONES LINEALES ESTRUCTURALES

### 9.12.1 Análisis del modelo final

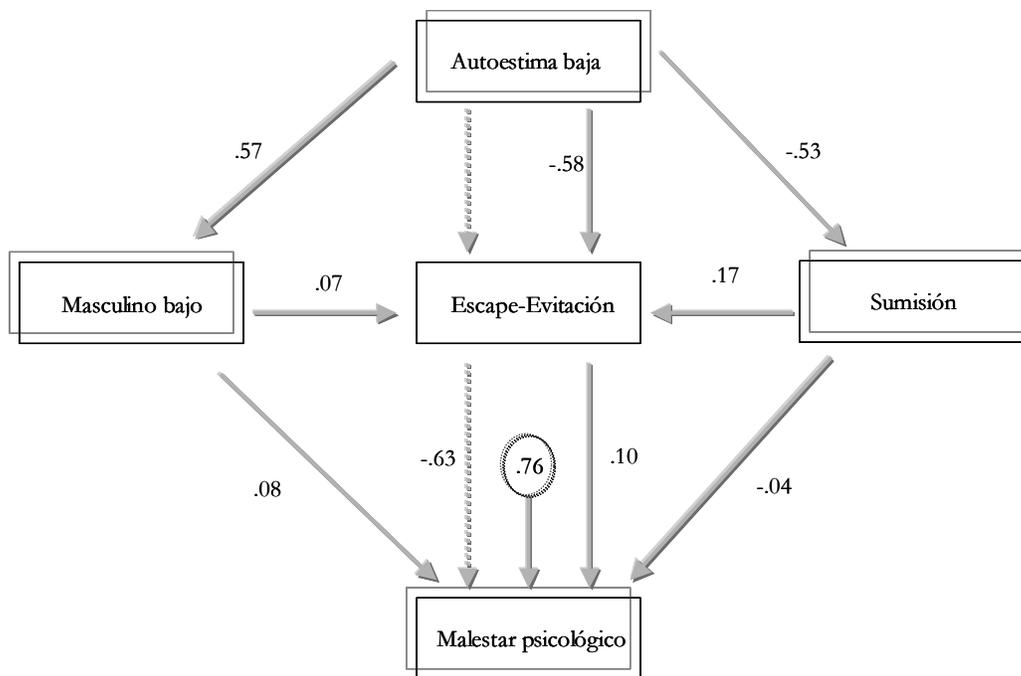
Utilizar los modelos de ecuaciones lineales estructurales facilita el trabajo con constructos que se miden mediante indicadores, para después valorar la calidad de la medición sin descuidar la complejidad del fenómeno de la esterilidad. Lo anterior permite ir probando e incorporando múltiples variables, tanto endógenas como exógenas, así como evaluar los efectos de las variables latentes entre sí, sin la contaminación del error de medida. Este tipo de modelos permite introducir la perspectiva confirmatoria estadísticamente a un modelo teórico conceptualizado. Para la aplicación de estos procedimientos, se requiere partir del supuesto teórico de que las variables tienen una relación lineal (Rex, 1998).

Se pretende probar las variables mediante el Método de Ecuaciones Lineales Estructurales, para lo cual se toman en cuenta las que se pudieron extraer mediante el análisis de regresión lineal múltiple.

Las variables para predecir el malestar psicológico fueron:

- ▶ Autoestima.
- ▶ Modo afrontamiento de escape-evitación.
- ▶ Responsabilidad, autocontrol, reevaluación positiva y confrontativo.
- ▶ Papel de género masculino, sumisión, machismo y femenino.
- ▶ *Locus* de control.

Desde luego, todas cumplían el requisito de tener correlaciones bajas, así como una relación lineal entre las variables de clasificación y de resultado (figura 9.6).



**Figura 9.6.** Variables integradas al modelo.

Total de efectos estandarizados

En resumen, se puede decir que, a partir del modelo explicativo generado por el análisis de regresión lineal múltiple, se aceptan parcialmente las hipótesis alternas, ya que todas las combinaciones de las variables propuestas no quedaron incluidas en los modelos de regresión, sino que fueron incluidas parcialmente. La primera hipótesis planteada originalmente dice:

H1. Existe una relación significativa entre las variables de clasificación: papel de género, autoestima, *locus* de control y modos de afrontamiento que permiten generar un modelo pronóstico de malestar psicológico en mujeres estériles.

La regresión descartó variables como *locus* de control, papel de género de femenino, masculino y machismo; sólo queda incluida la de sumisión y masculino. En cuanto a los modos de afrontamiento, sólo queda incluido el escape-avoidance; el *locus* de control en ningún modelo tuvo poder para discriminar. La autoestima es una variable con un poder importante de pronóstico, ya que queda incluida en todos los modelos.

Cuando se analiza el modelo de regresión para cinco años se acepta también parcialmente la segunda hipótesis alterna:

H2. Existen diferencias significativas en el papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), los grados de autoestima (alto o bajo), tipo de *locus* de control (interno o externo), modos de afrontamiento (confrontativo, distanciamiento, auto-control, soporte social, responsabilidad, escape-avoidance, resolución de problemas y reevaluación positiva) para la presencia o ausencia de malestar psicológico en mujeres estériles.

La autoestima fue la primera variable que ingresó al modelo; la segunda, la del papel de género de sumisión y el modo de afrontamiento de escape-avoidance; en forma conjunta explican 42% de la varianza, una explicación moderada; sin embargo, resulta un buen indicador de la presencia de malestar psicológico.

Se puede aceptar la segunda hipótesis de trabajo con una modificación. Originalmente la hipótesis de trabajo H2 fue planteada así: “La combinación del papel de género (masculino, femenino, machismo o sumisión), los niveles de autoestima (alto o bajo), el tipo de *locus* de control (interno o externo), modos de afrontamiento (confrontativo, distanciamiento, auto-control, soporte social, responsabilidad, escape-avoidance, resolución de problemas y reevaluación positiva), son diferentes para la presencia o ausencia de malestar psicológico”. En el presente trabajo las hipótesis nulas fueron rechazadas y sólo se aceptaron parcialmente las alternas, sobre todo cuando se habla de la autoestima, pues constituye una variable robusta para predecir el malestar psicológico.

Finalmente, en cuanto el modelo de ecuaciones lineales estructurales (figura 9.6) se puede aceptar parcialmente la segunda hipótesis alterna (*vid. supra*). Los valores de ajuste del modelo son:  $X^2 = 1.283$  (no significativa), grados de libertad = 1, nivel de probabilidad .257, RMSEA = 0.034, NFI delta 1 = .969 y correlación cuadrada múltiple = .428.

Si bien el modelo proporcionado por las ecuaciones lineales tiene sólo 42% de explicación de la varianza, con error de estimación de .76, puede tomarse como un buen indicador en la presencia de malestar psicológico.

Lo importante de los resultados de estos procedimientos consiste en que algunas variables propuestas no quedaron incluidas; se pudieron rechazar todas las hipótesis nulas; además nuevamente se añadieron variables que servirán para generar otras explicaciones en torno al malestar psicológico.

## **10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **10.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

En esta sección se discuten los resultados de los factores sociodemográficos: edad, estado civil, escolaridad, ocupación y estrato socioeconómico. Las medidas de tendencia central tienen puntajes similares, lo mismo se presenta con los antecedentes gineco-obstétricos en el tipo de esterilidad, años de evolución del padecimiento, gestas, paras, abortos y número de hijos. Se encontró que la muestra tiene una distribución normal. La edad registró una media de edad de 30.9 años, lo que indica que la edad para presentar esterilidad está disminuyendo respecto a años pasados, cuando el promedio era de 36 años.

### **10.2 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PAPEL DE GÉNERO**

Las distintas orientaciones en el papel de género obtenidas muestran una similitud con los puntajes originales de la población donde se construyó y probó el instrumento (véase tabla 9.1). Las mediciones obtenidas se presentan en forma semejante tanto en población abierta como en una muestra de mujeres con problemas de infertilidad; al ser comparables, se genera mayor certidumbre en cada una de las orientaciones a partir de la media y la desviación estándar.

El resto de las tablas de papel de género con cada una de sus orientaciones se interpretaron mediante cuatro categorías, que van de sin el rasgo, tendencia, definido y acentuado, esto es, con el fin de especificar que las orientaciones no son puras, todas las orientaciones muestran una composición fundamental y cierta influencia del otro; como ejemplo: un rol definido como masculino puede tener un grado de influencia de sumisión, lo que da una conformación y expresión especial, como se muestra en los resultados (véanse tablas 9.2, 9.3, 9.4 y 9.5). Los especialistas del género mencionan que una de las expresiones de la

salud mental o psicológica tendría que ser la combinación de masculino-femenino (androgenia).

La adopción de aspectos socialmente deseables propios del género son importantes productores de salud mental, sin excluir los del sexo opuesto, sino más bien en conjunción con ellos. Los aspectos no deseables socialmente del papel de género (machismo y sumisión) se relacionan con conductas menos adaptativas en ambos sexos (Lara, 1993).

Los varones pueden tener características femeninas o viceversa, ya que estos aspectos pueden predominar en uno u otro sexo. En el concepto tradicional, los hombres y las mujeres deberían tener bien delimitadas estas características: esto los haría más ajustados y mentalmente más sanos (Lara, 1993). Como sucede en la mujeres de la muestra que no reportaron síntomas medidos con el Cuestionario General de Salud (CGS).

### **10.3 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA AUTOESTIMA**

En la autoestima, analizada como variable de clasificación, y partiendo del punto de corte del instrumento ( $\bar{x} = 17 \pm 5$ ), se observó que 45% de las participantes mantenía una autoestima baja. Para diversos autores, que exista una valoración en la autoestima negativa, es en sí misma, es un indicador importante para determinar la salud mental (Feingold, 1994). Si la autoestima se relaciona directamente con la salud mental, una disminución de ésta inevitablemente presentará desórdenes de malestar psicológico. Las dimensiones de autoestima pueden ser relativamente independientes o se pueden trabajar en forma relacionada. Esta circunstancia permite analizar el grado de bienestar psicológico de un individuo en función de las autoevaluaciones de los ámbitos más próximos a su rol social (Herrero, Musitu y Gracia, 1995).

La adolescencia es un periodo determinante para la formación de la autoestima, tal y como lo han sugerido las investigaciones que proponen que en este período y según si las experiencias, durante la infancia, fueron o no gratificantes, puede disminuir o mantenerse (Feingold, 1994; Aguilar y Berganza, 1996; Cardenal, 1999).

En forma reciente, la asociación entre distintas variables, en particular cuando se habla de autoestima la correlacionan con la variable género, es frecuente por el grado de asociación que entre ellas se tiene. Kling y Shibley (1999) apoyan la postura de que existen diferencias de autoestima de acuerdo con el género. Las

propuestas van en el sentido de mostrar, que el papel masculino tiene correlación con alta autoestima y con femenino, la asociación va de norma a moderada, el resto de las orientaciones tienen correlaciones negativas. En concordancia con esta postura, autores como Dayley (1991, citado en Aguilar y Berganza, 1996) refieren que en las niñas disminuyen su autoestima en el camino a la adolescencia.

#### **10.4 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DISTINTOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO**

Si se toma en cuenta la figura 9.2 de tipo afrontamiento se puede observar que la mayoría de la población estudiada (35.0%) emplea de manera preferente la reevaluación positiva con una correlación inversa (-.185) con la presencia de malestar, lo que indica que este tipo de afrontamiento es un recurso sano (véase tabla 9.6).

El segundo estilo empleado por las participantes es de soporte social (20.8%) este no guarda relación con los presencia de malestar ni con la autoestima (tabla 9.6). El resto de los estilos de afrontamiento se mantiene en una forma equilibrada en la población participante, lo que quiere decir que sólo 4.6% utiliza preferentemente el de escape-evitación. En oposición a este resultado se pueden considerar que el afrontamiento activo como la reevaluación positiva, es predictor en aquellos sujetos hábiles socialmente, de una mejor adaptación a la problemática que se le presente.

El estilo de escape-evitación opera en contra en la capacidad de adaptación, la adaptación entendida como la relación que existe entre el impacto y los eventos, pues las habilidades sociales se hallan disminuidas, el estilo de afrontamiento pasivo sería igualmente predictor de la adaptación en el sujeto, pero de forma negativa (Arjona y Guerrero, 2001).

Cuando se emplea el estilo de escape-evitación, una de las manifestaciones frecuentes es la descarga emocional que incluye manifestaciones verbales por condiciones de ansiedad. Las participantes manifiestan conflictos en el área relacional: se distancian o culpan a los demás por lo que está pasando con sus tratamientos. Frecuentemente se presenta la tendencia a llorar y comer en abundancia, por ello actualmente se está constituyendo en un problema médico importante el sobrepeso u obesidad y su relación, en la explicación de la esterilidad. Es decir, estas pacientes presentan malestar psicológico, entre las

consecuencias se encuentra deficiente adherencia terapéutica y resistencia al tratamiento tanto médico como psicológico.

### **10.5 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL LOCUS DE CONTROL**

La mayoría de la población estudiada mantiene un locus de control interno (70.8 por ciento), mientras que la restante presenta el externo (29.2%). El *locus* de control externo, a su vez, tiene correlación positiva con las manifestaciones de malestar (.218); y con autoestima la relación es inversa (-.342).

Desde el planteamiento de Rotter (1966), ya se había postulado que el *locus* externo (externalidad) afecta los recursos para la búsqueda de la salud, ya que se asocia con conductas relacionadas con comer o beber en exceso, así como con el consumo de drogas.

En relación a la autoestima existe una relación negativa entre la externalidad y ésta, pues la paciente se opone a realizar esfuerzos para alcanzar y controlar el medio ambiente. Los estudiosos del tema indican que la autoestima es una variable que se debe estudiar en asociación con otras; por sí misma no proporciona información que pudiera llevar a conceptualizar los fenómenos en estudio.

Lo complicado de la externalidad es que no se percibe que la salud está determinada por la conducta de las pacientes (Duran, 1998; La Rosa, 1988; Díaz-Loving y Andrade y Palos, 1984; Rotter, 1966).

### **10.6 DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL MALESTAR PSICOLÓGICO**

En la figura 9.4 se observa que en la mayoría de la población estudiada no existe el reporte de malestar psicológico (72.9%); sólo 27.1% lo presentan. Cada vez son más los trabajos que hablan inicialmente de salud mental y concluyen con trastornos adaptativos o manifestaciones reactivas, que no necesariamente son psicopatologías o procesos de enfermedad mental (Ávila, Ballesteros, Díaz, García, Rabadán, 2004).

Este dato es importante porque los procedimientos estadísticos giran en torno a la asociación de los porcentajes del malestar psicológico y la autoestima, afrontamiento centrado en las emociones y los papeles de género.

## 10.7 ANÁLISIS DE ESTADÍSTICA INFERENCIAL

### *Primer objetivo*

Realizar, con las diferentes variables, combinaciones de las orientaciones del papel de género (masculino, femenino y sus variantes machismo y sumisión), el índice de autoestima (alto, y bajo), tipo de *locus* de control (interno o externo) y modos de afrontamiento (confrontativo, distanciamiento, auto-control, soporte social, responsabilidad, escape-evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva), y su asociación con el malestar psicológico.

## 10.8 LA CORRELACIÓN

Uno de los primeros procedimientos es la correlación, cuyo fin consiste en aislar variables que permitan generar un modelo teórico y, con esto, probar su ajuste mediante los modelos de ecuaciones lineales estructurales.

La correlación observada entre el papel de género, la autoestima, estilos de afrontamiento, el *locus* de control, con la presencia de mayor o menor sintomatología reconocida como malestar psicológico medido con el instrumento del GCS, se analizan a continuación.

Con la autoestima tiene una correlación inversa (-.624), lo que indica una mayor presencia de manifestaciones sintomáticas cuando la autoestima es baja. Un elemento protector contra la presencia de malestar implica mantener una autoestima alta. Brodbar (1980) refiere que un juicio autoevaluativo que toma en cuenta lo negativo y lo positivo denota un alto autoconocimiento.

En oposición, para Dean (1986) la autoestima no ejerce un control directo en la salud mental. Su relación no es directa debido a la mediación de otras variables; sin embargo, en el proceso de aislar variables, esta primera relación es un indicio de malestar psicológico.

Un segundo indicio de presencia de malestar es la estrategia de afrontamiento de escape-evitación con una correlación positiva (.437). Existen dos clasificaciones generales de afrontamiento, centrado en el problema o centrado en la emoción, y ocho estilos de confrontar dos de ellos, confrontativo y resolución de problemas son los recursos orientados hacia la salud psicológica. La población evaluada utiliza en menor grado estos dos: confrontativo con una correlación baja (.15) y

sin correlación entre la manifestación de síntomas y el estilo de solución de problemas.

## 10.9 ANÁLISIS DEL MODELO TEÓRICO

### *Segundo objetivo*

La construcción de un modelo teórico (véase figura 9.5) con las diferentes variables aisladas a partir de las asociaciones estadísticamente significativas que permitan su posterior prueba de ajuste mediante las ecuaciones lineales estructurales.

En la tabla 9.5 del capítulo de resultados se propone una explicación de esto. Cuando se construye el modelo teórico que se intenta probar, se observa que las cuatro orientaciones del papel de género tienen intervención en el malestar psicológico: la más baja e inversa es el papel de femenino (-.188) y la más alta sumisión (.338); el papel de masculino tiene una correlación inversa (-.307) y el de machismo, positiva (.269). Las manifestaciones de los papeles de machismo y sumisión son consideradas por los autores como aspectos indeseables del género y se asocian positivamente con el malestar psicológico. Los papeles de machismo y sumisión no son factores protectores sino factores de riesgo para la presencia del malestar, en oposición, los papeles masculino y femenino son protectores o reducen el impacto en la presencia del malestar.

A partir de la misma tabla de referencia, se observa el *locus* de control externo que se asocia con el malestar psicológico (.218): la presencia de malestar se incrementa en la medida en que la paciente es proclive a las presiones externas por parte de la familia política y la pareja. El *locus* de control parece no limitarse exclusivamente a la contingencia entre comportamiento y resultado, sino que resulta un fenómeno cognitivo-perceptivo-emocional y, posiblemente, una modalidad de existencia por medio de la cual el sujeto no solamente explica, sino que también define la estructura de su propio destino (Tamayo, 1993).

*Locus* de control y género es una asociación frecuente que indica una tendencia de mayor externalidad para las mujeres que para los hombres. Cuando se comparan con poblaciones o culturas diferentes, por ejemplo, japoneses e hindúes, los puntajes de externalidad son significativamente más elevados para las mujeres que en los hombres (Tamayo, 1993). Se puede destacar el valor de correlación entre sumisión y *locus* de control externo (.235) que indica la importancia que

tienen las presiones del entorno inmediato para la mujer. Cuando una mujer funciona a partir de la externalidad, en la mayoría de las ocasiones se torna vulnerable a cualquier situación relacionada con embarazos o crianza. Funcionar con esta dimensión hace que las presiones del medio parezcan ataques personales. La paciente vive y se siente señalada por lo que opta por el aislamiento como estilo de vida. Como consecuencia las manifestaciones se convierten en reacción crónica, lo que determina conflictos afectivos en el área relacional.

Respecto al esquema del modelo teórico (véase figura 9.5), las mujeres sometidas a tratamiento de esterilidad utilizan en términos generales, cinco de los ocho estilos de afrontamiento: el de escape-evitación (.437) y el de responsabilidad (.358) son los que mayor asociación tienen. Por el grado de asociación, se puede concluir que en la población estudiada hay un incremento en la tendencia a presentar estos dos tipos de afrontamiento.

El estilo de distanciamiento (estrategia centrada en la emoción) se refiere a los esfuerzos para separarse de la situación. El soporte social juega un papel importante, es la búsqueda de apoyo social mediante acciones para sentirse contenida en su grupo inmediato familiar y social, tiene que ver con la obtención de información sobre su problema, búsqueda de simpatía y comprensión sobre situación que esta pasando, es decir, la posibilidad de encontrar apoyo en el grupo.

Finalmente, la resolución de problemas tiene que ver con los esfuerzos para alterar la situación, por lo que implica una aproximación reflexiva al problema. Estos tres recursos están excluidos del estilo de afrontamiento para la población que manifiesta cambios en la esfera psicológica frente a la esterilidad, recursos de afrontamiento, precursores de la salud tanto física como psicológica.

Cuando se correlacionan malestar y autoestima se asocian negativamente (-.624). Mantener una autoestima alta o baja va a determinar la forma de integrarse al mundo: es una vivencia íntima de ser, que marcará la pauta para relacionarse con los demás. La autoestima es un factor importante, ya que su disminución es capaz de predecir y pronosticar la aparición de la sintomatología. Una persona con buen grado de autoestima puede tener mayor capacidad para movilizar estrategias adecuadas de afrontamiento (Buendía y Riquelme, 1993).

Una hipótesis que se probó es que la combinación de las variables que incluyan la autoestima funciona como modelo explicativo en la presencia de malestar.

El papel de sumisión tiene correlación con los seis estilos de afrontamiento, si bien deja fuera el de soporte social y el de resolución de problemas, característica que comparte con el machismo. Al no tener el soporte social, las pacientes viven solas el problema de la esterilidad, sin posibilidad de encontrar mecanismos de apoyo o resolución de problemas para una sensación de control sobre el evento de esterilidad.

Hay que recordar que los papeles de género no se presentan en forma pura. Una persona no tiene un solo papel definido, sino un cierto grado de influencia de los tres restantes. El predominio de uno de ellos dependerá de cómo se relacione con el entorno inmediato, según lo describen Díaz, Rivera y Sánchez, (1994): tener la característica de género de sumisión como un rasgo permanente, pone a la paciente con cierto grado de fragilidad ante el evento reproductivo.

Los procesos de diagnóstico y tratamiento son dolorosos y desgastantes, por lo que las participantes se empeñan en poner un límite a los tratamientos: algunas refieren que la presión social las lleva a prolongar los tratamientos. El control social existe cuando alguien no cumple con el rol asignado, como la maternidad, se le sanciona mediante el rechazo, la burla o la marginación (Cerrutti, 1993). Muchas de las quejas frecuentes que refieren las pacientes estériles son la burla y la presión de la familia política y la familia de origen en torno a su fertilidad. Uno de los tantos síntomas que presentan es el aislamiento; a consecuencia de estas burlas, prefieren evitar, como estrategia.

El tener un componente importante de sumisión lleva a la mujer, frente a la reproducción, a expresar aquellas características denominadas de relación con una fuerte necesidad de involucramiento con los demás, mediante la expresión de sentimientos de abnegación; esto conlleva a una conducta de pasividad, docilidad expresiva, sobreprotección y necesidad de identificarse con el rol de crianza, como fuente de autovaloración.

En las distintas propuestas sobre la expresión de las características de sumisión del papel del género se pone énfasis en la reproducción como elemento fundamental (Rivera, Díaz, 2002; Díaz, Sánchez, 2002) y con frecuencia tiene las metas del matrimonio y la maternidad (Cerrutti, 1993; Lara, 1993). Un elemento central en la subjetividad femenina, es la maternidad como fuente de identificación como mujer (Carreño, Morales, Sánchez, Henales, Espíndola, 2006; Arranz, Blum y Morales 2001; Arranz, Blum e Ito, 2001).

El papel de masculinidad está estrechamente relacionado con conductas instrumentales y tiene una marcada asociación con el afrontamiento en la

resolución de problemas (.41); no obstante, en los resultados aparece el componente de afrontamiento de escape-avoidance y la tendencia a la sumisión. Los esfuerzos para solucionar el problema resultan poco eficaces, al ser una estrategia centrada en la emoción, y no centrada en el problema.

La tendencia que se muestra, en términos generales, es que las participantes que están con la expresión del papel de género de machismo y sumisión, no recurren al tipo de afrontamiento de soporte social y resolución de problemas, a diferencia de las expresiones de masculino y femenino. El que más llama la atención es el papel de machismo, se asocia positivamente con tres modos de afrontamiento: escape-avoidance (.30) distanciamiento (.21) y el autocontrol (.16), orientaciones que no están relacionadas conductas de soporte social, esta condición lleva a manifestar inflexibilidad e intransigencia, es relevante para esta orientación, mostrar su potencia sexual, su masculinidad y su capacidad para tener hijos (Lamas, 1994; Lara, 1993; Cerrutti, 1993).

## 10.10 Análisis de regresión

### *Tercer objetivo*

Consistió en aislar variables que tengan un poder pronóstico para generar una propuesta de un modelo explicativo de malestar psicológico en pacientes estériles.

Se aplicó la regresión a la muestra en general; posteriormente se realizaron tres cortes con el periodo de evolución. Cada intervalo fue de cinco años (5, 10 y 15), con el objetivo de diferenciar periodos críticos para la mujer frente a los tratamientos, sin embargo, los modelos específicos para diez y quince años de evolución del padecimiento no se pudieron construir, sólo el de cinco años, y el general, donde ingresaron todos los periodos de evolución de la muestra. Construir los modelos puede clarificar el papel que está jugando la cronicidad; el criterio para realizarlos fue la media muestral observada ( $5.58 \pm 2.93$ ).

La intención de comparar los resultados de la regresión es reconocer el periodo de evolución como una variable que puede generar modificaciones emocionales; por la cronicidad, al parecer los cinco años son importantes para el incremento en la presencia de malestar; así, se puede hablar de un periodo crítico. Pasado este periodo, las manifestaciones sintomáticas disminuyen, formándose una fase estacional. En ocasiones, estas manifestaciones se presentan en forma difusa;

llegan a habituarse al malestar y lo reportan como algo normal; aunque algunas manifestaciones siguen su curso, con el paso del tiempo las respuestas que la mujer pone en juego ya no funcionan; se opera un cambio y similares a lo largo del tiempo, desde la fase de diagnóstico hasta la cúspide cerca de los cinco años.

Las variables que se integraron al modelo de regresión lineal, sin tomar en cuenta el periodo de evolución fueron; en orden de ingreso, la autoestima, papel de machismo y estilo de afrontamiento de responsabilidad (asume que ella, tiene la culpa), las cuales, en forma conjunta tienen una explicación de 42% de la varianza. Es probable que el hecho de autoinculparse las coloque en una posición pasiva y las limite en las capacidades para afrontar. El sentimiento de culpa y responsabilidad pueden inhibir las tendencias más activas del afrontamiento.

La autoestima explica la mayor varianza (.38%) el papel de género de machismo y el estilo de afrontamiento de responsabilidad en conjunto contribuyen con 4%. La responsabilidad es un tipo de afrontamiento dirigido a la emoción: desde la teoría del afrontamiento es la aceptación de que la persona es responsable de lo que está pasando, por lo que, en términos de las manifestaciones psicológicas de la paciente, podemos traducirlo el componente fundamental donde se inserta la culpa, la expresión más común y fundamental del malestar psicológico. La salud debe considerarse, según González (1993), como un proceso y no como un producto; no únicamente en términos de conducta o estructura psicológica estática, sino como proceso dinámico que se desarrolla interactivamente con el entorno.

En cuanto al modelo de regresión lineal de cinco años de evolución del padecimiento, las variables que ingresan son: autoestima, escolaridad y modo de afrontamiento confrontativo, que en forma conjunta explican 55% de la varianza. Esto es importante, ya que indica la existencia de un periodo de crisis alrededor, por la varianza explicada, de los cinco años, donde una autoestima baja, una escolaridad baja y un modo de afrontamiento confrontativo son explicativos de la presencia de malestar psicológico. En concordancia con González (2002), puede decirse que las estrategias de afrontamiento pueden constituir una de las causas del malestar o el bienestar psicológico.

A los cinco años independientemente del papel género que se tenga, el nivel educativo va a ser importante: una de las relaciones frecuentes en la investigación es entre un grado escolar alto y nivel de la autoestima alto, a su vez estos funcionan como protectores para la mujer contra la depresión o la ansiedad. La educación rompe con algunos mitos sobre la esterilidad. Al principio del

fenómeno es necesaria la información que se tenga y su comprensión, debido a ello el grado escolar es decisivo para su afrontamiento, ya que puede determinar la capacidad para la búsqueda de información. Esto proporciona la sensación de control sobre el evento y lleva a la disminución de síntomas. Las mujeres centrarían su bienestar en el control del evento, con el establecimiento de vínculos psicosociales (González, Montoya, Casullo, Bernabéu, 2002), como soporte social.

En el proceso y evolución del padecimiento sólo quedan los recursos psicológicos asociados a la autoestima y, si los recursos son poco evolucionados a la resolución de problemas, las repuestas de malestar se incrementarán en forma proporcional. Los tratamientos que llevan a cabo durante un largo periodo sin el resultado esperado, el embarazo, con frecuencia generan un impacto en la autoestima.

## 10.11 PROPUESTA DEL MODELO EXPLICATIVO

### *Cuarto objetivo*

El cuarto objetivo es proponer un modelo explicativo con orientaciones del papel de género y su asociación con los grados de autoestima, *locus* de control y modos de afrontamiento que permitan explicar el malestar psicológico en pacientes estériles.

Las variables que quedaron integradas al modelo final, mediante las ecuaciones lineales estructurales, fueron cuatro con un total de explicación de 42% y un error de estimación de .76. Los índices de ajuste del modelo permiten interpretarlo como válido.

Se puede destacar que una variable presente en los análisis estadísticos en forma continua en la correlación, regresión y el modelo final, fue la autoestima, variable que será valiosa para fundamentar la explicación.

Como en el caso del modelo propuesto, hay una orientación de masculino, con una tendencia a la sumisión y, además, un modo de afrontamiento de escape-evitación que puede explicar el malestar en 42% de la varianza. Si se tuviera otra combinación con el papel de masculino definido y un rasgo acentuado y una tendencia a lo femenino, en combinación con un modo de afrontamiento orientado hacia la resolución de problemas, funcionaría como factor de

protección hacia la presencia de malestar psicológico y no como el perfil obtenido: un perfil de riesgo.

Una forma de ver la estrategia de afrontamiento es la mediación que hace con las demás variables; la de escape-evitación funciona en la parte central y tiene una correlación inversa y alta con la autoestima; el afrontamiento en forma directa tiene baja explicación; la autoestima funciona con amplio poder explicativo y estable al estar presente en todos los modelos propuestos como factor de predicción de la presencia de malestar (-.63), con el papel de sumisión la asociación es inversa y con el de masculino es positiva.

La sumisión contribuye en forma positiva (.17) asociada con el estilo de escape-evitación. Los papeles de género, tienen baja contribución con la presencia de malestar en forma directa.

Las reacciones emocionales aparecen cuando hay una evaluación de que no se puede hacer nada frente al problema de la infertilidad. Cuando se recurre al estilo de escape-evitación como una forma permanente de respuesta, se instala como un estilo de respuesta estable en el tiempo, es decir, frente a todos los problemas que la mujer evalúe como estresantes, la respuesta será similar. De esta manera, impactará su salud psicológica al no tener un abanico de respuestas o planes alternativos que le permitan la utilización de otras estrategias para afrontar la situación. Cuando se realizan planes alternativos, las personas puede emplazar estrategias asertivas que generen sensación de mejoría de la autoestima y la autoeficiencia (González, 2004; Casado, 2002).

Las variables observadas, en su mayoría, no tienen un efecto directo sobre el malestar. Éstas se asocian directamente con la autoestima. Este impacto se presentará en la autoestima; el modo de afrontamiento de escape-evitación es responsable de -.58% de la influencia con la autoestima.

Teóricamente, los distintos eventos que se van presentando a lo largo de la historia de vida de una persona, sobre todo las experiencias gratificantes infantiles, guardan estrecha relación con la tendencia enaltecedora e importante de la autoestima. Ante la situación de infertilidad no se trataría de “ofrecer” autoestima a la persona, sino de “demostrar” los criterios y valores sobre los que asienta su autovaloración, y de propiciar alternativas en otras áreas de la vida donde encuentre posibilidades realistas de obtener autoaceptación (Cardenal, 1999).

Los sentimientos de impotencia y desesperanza, generados por el afrontamiento de escape-evitación, mezclados con sentimientos de culpa, revisten la vida

psicológica de la mujer infértil en forma permanente. La explicación de la culpa con frecuencia tiene su origen en dos eventos fundamentales en la vida de la mujer; primero no cumple con las expectativas sociales que se tienen de ella; segundo lugar, los mitos que se construyen en torno a eventos de carácter sexual, por ejemplo, la masturbación o parejas múltiples previas al matrimonio. La certeza de que estas prácticas dañaron en forma determinante su cuerpo se instala dentro de su sistema de creencias para darle sentido a un hecho que no pueden explicar mediante los hallazgos médicos. El evento culposo se dirige a la representación de valía, lo que provoca la pérdida de autoestima. Esto constituye un evento central en el conflicto psíquico que podría dar paso al proceso de sumisión frente a la problemática y el escape de la situación.

Una de las manifestaciones frecuentes de autoestima baja es la dependencia por el papel de género de sumisión que hace que el malestar se exprese con manifestaciones depresivas y ansiosas; también pueden presentarse cambios bruscos en el peso corporal debido a la ingesta excesiva de alimentos. Al respecto, es preciso reconocer que tanto en la psicología clínica como en el tratamiento médico la asociación de sobrepeso con esterilidad son de manejo complicado.

Al no existir los papeles puros o únicos, como en el caso del modelo, puede ser que el componente básico sea masculino o femenino, pero si tiene una tendencia a la sumisión o al machismo funcionarán como factores de riesgo; lo inverso dependerá de la mediación de la autoestima, así como del estilo y modo de afrontamiento.

La importancia de retomarlo como modelo hace posible establecer la relación indirecta cuando se presentan las variables de género de sumisión, y la variable escape-evitación. Se puede destacar del modelo, por la combinación de las variables, que proporciona un perfil que lleva a una orientación pasiva como forma de enfrentar los problemas, a la sumisión o un afrontamiento centrado en las emociones. Esto produce en la persona la sensación de que todo ha escapado a su control. Frente a esta actitud de pasividad, la autoestima resulta afectada e impacta en forma directa para desarrollar malestar psicológico.

Cuando la combinación está orientada hacia los roles de masculino y confrontativo, dentro de las propuestas teóricas son las fuentes más directas del bienestar, ya que supone una actividad para mejorar la situación o el problema que se esté afrontando con una sensación de control sobre los eventos. Si no existe la sensación de control, es altamente probable que se de la presencia de

malestar, ya que la mujer con problemas de esterilidad siente que queda sin recursos eficaces para el control de las emociones. Cuando las estrategias dirigidas al problema son evaluadas como poco eficaces, se origina la aparición de estrategias centradas en la emoción.

La sumisión, en los distintos estudios, proponen como factor de riesgo para la presencia de síntomas, ya que excluye el soporte social, una fuente importante de salud psicológica: ya que incluye a la pareja, la familia de origen y las amistades.

La estructuración de la satisfacción personal de la mujer tiene que ver con el soporte social, pues le permite estructurar un estilo de afrontamiento no defensivo, orientado hacia la asertividad como mediador de sus relaciones interpersonales; en general, los demás servirán de apoyo y compañía (Carreño, 2003; Díaz, Alonso y Bayarre, 2000).

El papel masculino con el modo de afrontamiento, que tiene la asociación más alta, es la resolución de problemas y reevaluación positiva, así como la orientación de femenino con soporte social, resolución de problemas y reevaluación positiva. Tanto rasgos masculinos como femeninos, estos compartidos, dan como resultado un papel de género que los teóricos llaman andrógina, la expresión más sana ya que promueven la salud psicológica.

Una parte de la incorporación de lo social a la psique de la mujer es el género, en él estarán cribados aspectos de la sexualidad, las ideas, los valores, la ideología, el poder y, desde luego, la identidad. Para las mujeres con infertilidad y sumisión resulta un factor fundamental lograr la realización mediante el embarazo. La trascendencia del papel de género radica en que es una variable reportada por medio de la autoestima.

El sentimiento de autoestima es inestable, pues lo hacen fluctuar las experiencias gratificantes o frustrantes, la sensación de ser aceptada o rechazada por los demás, las exigencias del medio; cuantas más altas son las expectativas y la meta a alcanzar, la autoestima disminuye. La importancia del vínculo relacional para mujeres es fundamental, por eso, la autoestima está soportada a partir de sus relaciones con familiares y pareja. Al no cumplir con las expectativas que de ella se tiene, una falta de embarazo fluctuará su valoración.

Al comparar el modelo de regresión y el de ecuaciones lineales estructurales, se pone en evidencia que el malestar psicológico no es una asociación lineal, sino curvilínea. Tiene un periodo crítico alrededor de los cinco años, con menos síntomas los primeros años; luego hay una cúspide alrededor de los cinco y un

descenso en la sintomatología reportada; después de cinco años se estabiliza, aunque con manifestaciones de malestar por periodos prolongados.

Desde un enfoque preventivo, la identificación de las estrategias de afrontamiento, centradas en la solución de problemas, permite generar recursos que funcionen como factores protectores de la salud en la medida en que permiten al individuo afrontar las situaciones de riesgo con mayor habilidad (Della Mora, 2003).

Se comprueba, según los datos, que cuando se está frente a un problema de salud, los recursos de adaptación, en un primer momento, se dan mediante la expresión de síntomas, y éstos son recursos adaptativos ante la situación que, a medida que se hacen crónicos y la autoestima se ha visto impactada, recurren a formas que se pueden clasificar como regresivas; sin embargo, por la estrategias que utiliza, preferentemente el rol de género machismo y sumisión, se excluye el soporte social y los orientaciones de afrontamiento centradas en la solución de problemas, se incrementan las reacciones. En consecuencia, las mujeres mostrarán cronicidad en sus manifestaciones, depresión, ansiedad y malestar psicológico, así como distintas variantes de la expresión de la vida afectiva.

La importancia de este modelo es que cada una de las variables por si misma no tiene una explicación, sino que es la combinación que se da, mediado por la autoestima y el afrontamiento, en la presencia de malestar, al no ser lineal la relación, tiene que existir la mediación de otras variables para que se constituyan o no en un factor de riesgo.

El primer modelo explica 42% de la varianza; el segundo, 55% y, el modelo final, 42%, lo que indica que se establece un proceso en el que intervienen distintas variables, donde resulta una constante la autoestima, por lo que puede concluirse, según los datos, que la mayoría de las estrategias de afrontamiento, y el papel de género, están siendo mediadas por la autoestima. La medición ayuda a pronosticar la presencia o ausencia de malestar psicológico.

Finalmente, por el estudio realizado, las mujeres que recurren o enfrentan un problema de salud y en las que se presenta un patrón de afrontamiento de escape-avoidance, con autoestima baja y sumisión alta serán las pacientes de mayor riesgo de problemas psicológicos: adoptan una actitud pasiva, de indefensión, desesperanza, pesimismo; además son rígidas en la aplicación de las estrategias y tienden al aislamiento social, si bien, no estamos en posición de explicar la totalidad de la presencia del malestar; el modelo propuesto es el inicio.

Desde la psicología de la salud, se puedan evidenciar y explicar los patrones que presentan las personas frente a un problema de salud agudo o crónico, para una más adecuada adaptación y un mejoramiento del bienestar y de la calidad de vida.

## 10.12 DISCUSIÓN GENERAL

Cuando se investiga una población femenina con problemas de esterilidad, las evidencias demuestran que, de 20 a 30% de estas mujeres presentan cambios importantes en la vida cotidiana que impactan en su salud psicológica. Independientemente del grupo étnico que se valore, los resultados indican que es un fenómeno que trasciende la cultura. El impacto se observa por medio de las expresiones de malestar psicológico, entendido como aquellas modificaciones de tipo agudo o crónico que están presentes como: manifestaciones de coraje, vergüenza, enojo, tristeza, miedo y frecuente deseo de llorar, cuando una persona tiene que afrontar un problema específico de salud o frente a estímulos internos o externos desagradables, reales o imaginarios (Oddens, Den Tonkelaar y Nieuwenhuyse, 1999).

En distintas poblaciones de estudio, se ha observado que las manifestaciones más comunes son de tipo depresivo y ansioso. A partir de las posturas recientes se dice que éstas tienen su origen en los trastornos adaptativo o manifestaciones reactivas, sin llegar a ser procesos psicopatológicos, tal como lo proponen Ballesteros (2002) y González (1993).

Boivin (2003), en una revisión crítica de distintos estudios con pacientes con problemas de infertilidad y reproducción asistida, evidenció las mismas manifestaciones tanto en hombres como en mujeres infértiles, lo que lleva a proponer que las reacciones por esterilidad no pueden explicarse únicamente a partir de una postura de género, sino por la presencia o asociación de con otras variables.

El sobrediagnóstico psicológico o psiquiátrico es frecuente cuando se analizan poblaciones con esterilidad. Éste ocurre por la gran variedad de manifestaciones que se presentan durante la fase de intervención médica. Como todo problema que una persona tiene que afrontar, se presentan cambios que pueden ser adaptativos a desadaptativos (Christie, 1998; Kemeter, Fiegl, 1998).

Cuando las manifestaciones de síntomas que presenta la mujer con esterilidad no pueden clasificarse, y los diagnósticos propuestos como trastornos adaptativos rebasan el número y frecuencia de las manifestaciones psicológicas reportadas, se

propone el término de malestar psicológico (Morales, Franco, Espíndola, Henales, Meza, Mota, Pimentel, 2004; Valdez, Salgado, 2004; García, González, 2000).

El malestar psicológico es un término complejo, ya que, sobre su definición no hay consenso; más bien la definición se halla determinada por su carácter temporal, por lo que intervienen factores subjetivos (cómo se valora el evento) y objetivos (el evento en sí mismo).

El concepto de malestar psicológico propuesto para la población con infertilidad implica estímulos internos y externos, la subjetividad y la objetividad; se aprecian tres grandes grupos de expresión frecuentes en la paciente en proceso de búsqueda de embarazo: en el primero se producen cambios en la conducta habitual que tienen que ver con alteraciones sexuales, dificultad en la toma de decisiones, culpa, vergüenza, entre otros; un segundo grupo está representado por manifestaciones de ansiedad, depresión y quejas somáticas; el tercero está constituido por conflictos relacionales que abarcan pérdida inexplicable de amistades, conflicto con la familia política, dificultades conyugales y aislamiento. Estos cambios se pueden expresar en forma leve, moderada y severa. Las manifestaciones aisladas son punto de coincidencia entre los estudiosos del tema como Arranz, Blum, Ito (2001), Kemeter (1998) Oddens, Tonkelaar, Nieuwenhuyse (1999), lo que permite proponer que las manifestaciones van a ser reportadas según la postura teórica del autor; sin embargo, las vivencias de la mujer son similares en distintas poblaciones.

Sólo trastornos como depresión y ansiedad comprometen la salud mental de la mujer estéril; sin embargo, los tres grupos aislados implican un alto impacto en la calidad de vida de la paciente y condicionan la salud psicológica. (Véase el capítulo 2.)

Una primera fuente de malestar psicológico puede vincularse con la realidad ya que la mayoría de las pacientes tiene una larga historia en la búsqueda de soluciones ( $\bar{x}=5.58 \pm 2.93$ ) tanto médicas como mágicas (Castañeda y Bustos, 2001). En la medida que el proceso de tratamiento y el tiempo avanzan, cerca del 60 por ciento de las participantes tiene cinco años o más en la búsqueda de un embarazo mediante coito programado, inseminación artificial y reproducción asistida, pero sin lograrlo; agotan las respuestas de afrontamiento que permiten la adaptación saludable.

Existe una segunda fuente de malestar psicológico: los eventos de la vida. Uno de los mayores impactos que enfrenta la paciente consiste en la incapacidad para

embarazarse. La bibliografía médica especializada en infertilidad refiere que sólo 50% de las mujeres en tratamiento lo logrará; los casos restantes, con o sin tratamiento, no. Se contemplan dos posibilidades para lograr la adaptación: una mediante la renuncia al maternaje; otra la adopción. Estas alternativas pueden generar la sensación de control sobre el evento, pues constituye una decisión y no una circunstancia de vida, como la esterilidad: no la eligieron. Sortear la vicisitudes del padecimiento dependerá, en gran medida, de la historia de vida de cómo se ha afrontado distintos problemas.

Sin lugar a dudas, un porcentaje amplio (63.8% de esterilidad primaria y 36% de secundaria) de las pacientes en tratamiento han establecido como objetivo prioritario lograr el embarazo: en su historia reciente, el deseo de la maternidad ocupa un lugar importante en su vida.

El deseo de maternidad se explica como algo instintivo para amplios sectores de la población, sin tomar en cuenta el contexto: se desconoce que la orientación de ese deseo está determinada por la cultura, como lo manifiesta Ferro (1991). La génesis de ese deseo está incorporada tempranamente en la construcción de la vida psíquica de cada persona y ésta, a su vez, da sentido a la identidad como hombre o como mujer, sobre todo en la mujer por su anatomía y fisiología: se embaraza, pare y amamanta como si fuera su destino y su rol. El hombre no será medido con esos parámetros (Tayson, 1982). Quizá sería más adecuado pensar que ninguna de las explicaciones que partan desde la biología es satisfactoria, pues la mujer y el hombre son diferentes y ambos viven en una sociedad que categoriza las diferencias de manera que un rol sea más deseable que otro (Ferro, 1991).

Las categorías hacen una distinción de género fundamental. A partir de esa concepción, se han elaborado las asignaciones de género; desde estadios muy tempranos, unas y otros incorporan pautas de configuración psíquica y social que identifican a la femineidad y la masculinidad (Burin, 2000). Suponer la necesidad de un embarazo y un parto para completar la femineidad nos remite a una relación causa-efecto de la femineidad.

El sentimiento de que se es mujer o varón se establece a mediados del segundo año de vida, mucho antes de que se configure la representación de la diferencia genital (Burin, 2000). Con los estudios de género se ha permitido hacer visibles los condicionamientos sociales y reconocer las diferencias entre los géneros. Socialmente, a un hombre no se le exige tener hijos para completar su identidad; para la mujer es distinto: reproducirse y tener hijos le permitirá generar un

sentimiento de estar “completa y realizada”. Expresiones como la anterior son de uso cotidiano y permiten reconocer el condicionamiento de la maternidad y su papel dentro de la vida psíquica femenina (Arranz, Blum y Morales, 2001).

La infertilidad o esterilidad es un padecimiento que, en sí mismo, no compromete la vida de la paciente; sin embargo, impacta la calidad de vida al ser un padecimiento crónico. La mayoría de las personas sometidas a tratamiento no saben cuándo se va a resolver. Las manifestaciones de malestar se cronifican en la medida en que el periodo de evolución se incrementa y no reciben intervención psicológica puntual que permita generar estrategias de afrontamiento que encamine a la paciente hacia una disminución del malestar o el logro del bienestar. Modificar el papel de género y el grado de autoestima permite mejorar la salud psicológica en la paciente con esterilidad.

### 10.13 CONCLUSIONES

El modelo se puede considerar como base para continuar la indagación de los fenómenos psicológicos asociados con esterilidad.

El modelo proporcionado por las ecuaciones lineales estructurales explica 42% de la varianza. Lo fundamental de los resultados consiste en que se pudieron rechazar todas las hipótesis nulas. Estas variables servirán para generar otras explicaciones en torno al malestar psicológico.

Los cinco años de evolución es un periodo clave y un periodo de riesgo en la presencia de malestar psicológico.

La trascendencia del modelo es que pone en evidencia la interacción de las variables que se han observado cuando se trabaja con problemas de esterilidad.

Las variables intervinientes clasificación socioeconómica, características de trabajo (fuera o dentro del hogar), estado civil, tipo de esterilidad, no quedaron integradas al modelo, por tanto se tendrá que buscar otro tipo de relación, así como otras variables que fueron excluidas de los modelos, que en otros estudios mostraron tener relación.

La autoestima es una variable con un importante poder explicativo y pronóstico, ya que fue incluida en todos los modelos, por lo que se tendrá que trabajar teórica y prácticamente en la investigación de manera separada para reconocer la fuerza y peso que tiene en la explicación de algunos fenómenos psicológicos.

La autoestima representan un constructo fundamental, porque se presenta en una forma multidimensional: se puede considerar como rasgo, como estado, como estructura y como proceso.

El 27% de la población estudiada presentó malestar psicológico, en oposición a la propuesta de que *todas* las mujeres que tienen infertilidad presentan algún problema psicológico o enfermedad mental.

La explicación del malestar psicológico se toma como un fenómeno multifactorial, aunque su presencia se puede inferir con cuatro variables que tiene una explicación moderada como las propuestas por el modelo.

Por el margen de error que tienen todos los instrumentos, para la construcción de otro modelo sería conveniente realizarlo con otros instrumentos que se puedan comparar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abrahamson, L., Y. Seligman, and M. Teasdale (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Abnormal Psychology* **87**: 49-74.
- Aghanwa, H.S., Dare, F.O. & Ogunniyi, S.O. (1999). Sociodemographic factors in mental disorders associated with infertility in Nigeria. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 117-23.
- Aguilar G. M, Berganza C. E. (1996). Autoestima y depresión en adolescentes Guatemaltecos. *Revista Latinoamericana de psicología*, 28 (2) 65-72.
- American Psychiatric Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-R (4ª. ed.). Masson: Barcelona, España.
- Andersson, A.A, Jansson, B. Archer, T. (2008) Influence of affective personality type and gender upon coping behavior, mood, and stress. *Individual Differences Research*.6: 3; 139-168.
- Anderheim, L. Holter, H. Bergh, C. & Möller, A. (2005) Does psychological stress effect the outcome of *in vitro* fertilization?. *Human Reproduction*. Oxford University Press. 20 (10): 2969-2975.
- Arjona, A. F., Guerrero, M. S. (2001). “Un estudio sobre los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación”. [Psicologiacientifica.com](http://Psicologiacientifica.com)
- Arranz, L.L., Blum G.B y Morales C.F. (2001) El deseo de la maternidad en pacientes sujetas a tratamiento de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatología y Reproducción Humana*. 15 (2); 133-138.
- Arranz, L.L., Blum G.B y Ito S-E (2001), Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamiento de reproducción asistida: un enfoque cualitativo. *Salud Mental* 24 (5) 30-36.

- Ávila, M. E., Ballesteros. L. G., Díaz. G. P., García-Prieto. B. M., Rabadán. P. M. (2004). "Evaluación del Estado de Salud Mental en Estudiantes de Medicina de la UAM". Disponible en: [www//UAM.es/departamento/medicina/especifica/jornadas/202004/63\\_saludmental](http://www//UAM.es/departamento/medicina/especifica/jornadas/202004/63_saludmental).
- Barlik, B., Greene, K., Graf, M., Sharma, G. & Melnick, H. (1997). Examining PTSD as a Complication of Infertility. *Medscape Womens Health*, 2, 1.
- Batista, F. (2000). *Modelos de ecuaciones estructurales*. Muralla: Madrid.
- Balen, V. F. Naaktgeboren, N. & Timbos-Kemper T. (1993) In Vitro fertilization: The experience of treatment, pregnancy and delivery *Human Reproduction*. 11; (11): 95-98.
- Beck AT (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*;165(8): 969-77.
- Ballester, R. (1993) Conducta de enfermedad. La búsqueda de una de identidad. *Boletín de Psicología*, 38, marzo.
- Benería, L. (1984). Reproducción, producción y división sexual del trabajo. CIPAF: Santo Domingo.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F.M., Schroeder-Printzen, I., Gips, H., Herrero, H.J. & Weidner, W. (1999). Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrología*, 31, 27-35.
- Berenzon, G. S. Medina-Mora I. M., Lara, C. A. (2003). "Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación". *Salud Mental*, 26 (5): 61-71.
- Boivin J. (2003) A review of psychosocial interventions in infertility *SOCIAL SCIENCE & MEDICINE* 57: 2325-2341.
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1993) Implicaciones de las condiciones socioeconómicas y de apoyo social en la salud mental de la población. *Psiquis* 14 (1): 35-48.
- Bustos, O. (1994). La formación del género: El impacto de la socialización a través de la educación. En CONAPO (Ed.). *Antología de la sexualidad humana*. Tomo I. Miguel Porrúa: México, D. F. pp. 267-298.
- Burin, M. (1999). Ámbito familiar y construcción del género. En Burin, M. y Meler, I. (Eds.) *Género y familia poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Paidós: Buenos Aires. pp. 71-87.

- Bringhenti F, Martinelli F, Ardenti R and La Sala GB (1997) Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 76, 431–437.
- Brodbar, J. (1986) "Marital relations and self-esteem: how jewish families are different". *Journal of marriage and the family*. Vol. 48, pp. 94-98.
- Cardenal, H. V. (1999). El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal. Aljibe: Málaga. pp. 40-107.
- Carreño M.J., Morales C.F., Sánchez B. C., Henales A.C., Espíndola H.G. (2006) Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles *Ginecol Obstet Mex.* 75: 133-141.
- Carreño M. J. (1994) Programa de Atención a la Paciente Estéril *Rev. Psicología Iberoamericana* Vol.2 No.2 Junio de. Universidad Iberoamericana Méx. D.F. 63-70.
- Carreño M.J.(2002) Aspectos Emocionales de la Infertilidad En: INPer (Ed.) *Psicología de la Reproducción Humana (un enfoque integral)*. (Pp117-137) México D. F Trillas.
- Carreño M.J., Morales C.F. Sexualidad y Pareja (1999) En: Vázquez, E. *Medicina Reproductiva en México. Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción 1999*. Capítulo 40 pp 229-230.
- Carreño M. J. Bustos L. H. y Morales C.F. (1996) Cambios emocionales ante el éxito en un programa de reproducción asistida *Perinatol Reprod Hum;* (11):89-94.
- Carreño, M J., Blum G. B., Sánchez., B.C. Henales., A. C.(2008) Salud psicológica en la mujer estéril. *Perinatol Reprod Hum.* 22: 4; 290-302.
- Carreño M. J. González C. G. y Sánchez B. C (1998) Satisfacción marital en parejas estériles con factor masculino y femenino *Perinatol Reprod Hum:* (12):203-209.
- Carreño M. J. Morales C.F. Martínez R. A. (1997) Estrategias de afrontamiento y depresión en mujeres estériles *Perinatol Reprod Hum:* (11): 176-183.
- Carreño, M.J, Morales; C.F., Sánchez, B.C., González, C.G. y Martínez, R.S. (2003) Características del Autoconcepto en Parejas estériles por Factor Masculino y Femenino. *Perinatol y Reprod Hum* 17: 80-90.

- Carreño M.J, Morales CF, Aldana CE, Flores MA. (2000) Depresión y Ansiedad en Distintos Periodos de Evolución de la Esterilidad. *Perinatol y Reprd Hum.* (14) 1 enero-marzo, 14-20.
- Carreño M.J. (2003) Rol de genero asertividad y autoestima en mujeres estériles con distintos niveles de depresión y ansiedad. Tesis de maestría de psicología experimental Facultad de psicología, UNAM, México, D.F.
- Casado, C. F. (2002). “Modelos de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas”. *Apuntes de Psicología*, 20.
- Castañeda, J.E. Bustos L.H (2001) La ruta del padecer en mujeres con diagnóstico de infertilidad. *Perinatología y Reproducción Humana* 2: (15); 124-132.
- Castelazo M. E., Morales C.F y Carreño M. J. (1999) Estudios y Terapéutica en Infertilidad y su Relación con el Estado Emocional En: Vázquez, E (Ed.) Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción. pp 231-234.
- Cervantes, R.C., Castro, F.G. (1985). Stress, coping, and Mexican American. mental health: A systematic review. *Hisp J Behav Sc*, 7(1), 1-73.
- Cerrutti, B.E. (1993) Salud y sexualidad desde una perspectiva de género, en E. Gómez (ed) Género, mujer, y salud en las Américas Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. 124-129.
- Christie G. (1998) Some socio-cultural and psychological aspects of infertility. *Hum Reprod.* 13: 234-41.
- Chiva, H., Mori, E., Morioka, Y., Kashiwakura, M., Nadaoka, T., Saito, H., & Hiroi, M. (1997). Stress of female infertility: relations to length of treatment. *Gynecol. Obstet. Invest.*, 54, 171-7.
- Cifre, E. (2000). *Estudio exploratorio del bienestar psicológico en función de la innovación tecnológica*. UNIVERSITAT JAUME.
- Crespo, M. y Cruzado, JA. (1997) La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23, 797-830.
- Collard SG.: (1999). Infertility and its psychological, marital, and sexual sequelae. *Disertation Aabstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*; 60 (4-B): 1846.

- Dean, A. (1986). Measuring psychological resources. En N. Lin, A Dean y W. Ensel (Dir). Social support. Life events and depression. Nueva York: Academic Press.
- Della Mora, M. (2003). "Estrategias de afrontamiento (*coping*) en adolescentes embarazadas escolarizadas". *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-14.
- Díaz, L.G., Alonso G.R y Bayarre V.H. (2000) Prevalencia de insatisfacción personal en mujeres de edad mediana del policlínico "Cristóbal Labra". Ciudad de la Habana, 1997. *Rev. Cubana de salud pública*. 24; (2):101-09.
- Díaz, L., Rivera, A. y Sánchez, R. (1994). Género y Pareja. Psicología contemporánea, 1(2) 4-15. Manual Moderno: México, D. F.
- Díaz L, R y Sánchez A.R. (2002) Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja Facultad de Psicología, UNAM-Miguel Ángel Porrúa. México D.F.
- Distress and conception in infertile women: a complementary approach. *J. Am. Med. Womens Assoc.*, 54, 186-8.
- Díaz, Ll. G., Alonso, G. R., Bayerre, V. H. (2000). "Prevalencia de insatisfacción personal en mujeres de edad mediana del policlínico 'Cristóbal Labra'. Ciudad de La Habana, 1997". *Revista Cubana de Salud Pública*. 24, (2): 101-09.
- Díaz-Loving, R. Rivera-Aragón, S., & Sánchez-Aragón, R. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos) normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 131-139.
- Domínguez, V.R (2002) Psicología e infertilidad. *Revista Médica Clínica de los Condes* Vol.13 No. 1 enero.
- Domar R. (1999) An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil Steril*, 67, 309-14.
- Domar, A.D., Friedman, R. & Zuttermeister, P.C. (1999). Distress and conception in infertile women: a complementary approach. *J. Am. Med. Womens Assoc.*, 54, 186-8.
- Durán R.T. (1998) Seminario de investigación pedagógica, valoración de creencias y actitudes e intenciones. [En red]. Disponible en: <mhtml:file//A:/UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.mht>.

- Dunson, B. Colombo., B. & Baird D. (2002). "Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle". *Human Reproduction*, 17 (5): 1399-1403.
- Ellis C. (1987) El estado de la cuestión de la terapia racional emotiva conductual. En I Caro, manual de psicoterapias cognitivas Barcelona Paidós.
- Escriba, A. V., Bernabé, M. Y. (2002). "Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad Valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas". *Revista Española de Salud Pública*. (5); 76: 595-604.
- Facchinetti, F, Matteo, M.L., Artini, G.P., Volpe, A. & Genazzani, A.R. (1997). An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil Steril*, 67, 309-14.
- Fernández, A. E. (1997). "Estilos y estrategias de afrontamiento". En *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Ferro N. (1991) El instinto maternal o la necesidad de un mito. Madrid España Siglo XXI. Pp. 55-82.
- Feingold, A (1994). Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 116 (3) 87-94.
- Folkman, S y Lazarus, R (1986). Appraisal, coping Health Status, and Psychological symptoms. *Journal of personality and Social Psychology*, 50 (3), 571-579.
- Folkman, S y Lazarus, R (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (3), 466-475.
- Folkman, S y Lazarus, R (1988). Manual del cuestionario de modos de afrontamiento.. Palo Alto, California: Mind Garden.
- Folkman, S y Lazarus, R. (1988). *Manual del cuestionario de modos de afrontamiento*. Mind Garden: Palo Alto, California.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1986). "Appraisal, Coping Health Status, and Psychological Symptoms". *Journal of Personality and Social Psychology*. 50 (3): 571-579.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1988). "Coping as a Mediator of Emotion". *Journal of Personality and Social Psychology*. 54 (3): 466-475.

- Flores Galaz, M. M., & Díaz Loving, R. (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México, DF: Miguel Ángel Porrúa.
- Flores, G.M. (1995). Asertividad y locus de control: efectos de género y nivel de escolaridad en empleados de la ciudad de México. *Revista Sonorense de Psicología*, 9 (12): 55-62.
- Fullerton, C. Acuña J. Florenzano, R. Cruz C. Weil, C. (2003) Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 41 (2):103-109.
- Granados C-A y Ortiz H-L, (2003) patrones de daño a la salud mental: psicopatología y diferencias por género. *Salud Mental* 26 (1) 42-50.
- García, S. A. (1991). El autoconcepto de la pareja estéril. México, D.F. Tesis de Maestría, UNAM. Facultad de Psicología, México, D. F.
- García-Viniegras, C. V. González B. I. (2000). “La categoría de bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales”. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 16 (6): 586-92.
- Gómez, Y. (1984). El derecho a la reproducción humana. Madrid: Servicio de publicaciones Facultad Derecho, Universidad Complutense de Madrid.
- González, B.R., Montoya C.I., Casullo M.M., Bernabéu V. (2002) relación entre estilos de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*: 14 2; 363-368.
- Glover, L., Gannon, K., Sherr, L. & Abel, P.D. (1996). Differences between doctor and patient estimates of outcome in male sub-fertility clinic attenders. *Br. J. Clin. Psychol.*, 35, 531-42.
- Glover, L., Hunter, M., Richards, J.M., Katz, M. & Abel, P.D. (1999). Development of the fertility adjustment scale. *Fertil Steril*, 72, 623-8.
- Guerra D. (1998). *Cómo afrontar la Infertilidad*. Barcelona: Planeta.
- Guerra, D, Llobera, A. Veiga, A. & Barri, P.N. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 13, 1733-6.
- González L. D (1999) Locus de control escolar en estudiantes universitarios: un análisis confirmatorio. *Revista Mexicana de Psicología* 16 (19); 47-56.
- González, P. L. (2004). “Estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad”: disponible en [html://A:/50](http://A:/50) Congreso Virtual de Psiquiatría \_interpsiquis2004.mht.

- González, B. R., Montoya, C. I., Casullo. M. M. y Bernabéu, V. J. (2002). “Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes”. *Psicothema*.14, 2: 363-368.
- Goldberg. Adaptación cubana. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 15 (1): 88-97.
- Gómez, E. M. y Morales, C.F.(1990) Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Ginecología y Obstetricia de México*, 58; 112-116.
- Góngora, C. E., Reyes, L. I. (1999). “La estructura de los estilos de enfrentamiento: rasgo y estado en un ecosistema tradicional mexicano”. *Revista Sonorense de Psicología*. 13, 2: 3-14.
- Góngora, C. E. (2000). *El enfrentamiento a los problemas y el papel del control: una visión etnopsicológica en un ecosistema con tradición*. Tesis de doctorado en psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Harlow, C.R., Fahy, U.M., Talbot, W.M., Wardle,P.G. & Hull, M.G. (1996). Stress and stress-related hormones during in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 11, 274-9.
- Hardy, E. y Jiménez, A.L (2001). Masculinidad y género. *Rev. Cubana de salud pública*. 27; (2):77-88.
- Herrero, J. Musitu G. y Gracia E. (1995) Autoestima y depresión: relaciones directas versus indirectas *Revista de psicología social*, (10) 2, 191-204.
- Holroyd K. A. y Lazarus R. S. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. En: Goldberger, L., y Breznitz, S. (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspect*. New York: Free Press.
- Hjollund NH, Jensen TK, Bonde JP, Henriksen Mikulincer M, Horesh N, Levy-Shiff R, Manovich R, Shalev J.(1998) The contribution of adult attachment style to the adjustment to infertility. *Br. J. Med.Psychol*; 71 (Pt 3): 265-280.
- Hunt L. (1993) *La decisión de ser madre para la mujer de hoy*. Barcelona, España: Gedisa, pp 25-32.
- Hunt, J. & Monach, J.H. (1997). Beyond the bereavement model: the significance of depression for infertility counseling. *Human Reproduction*, 12, 188-94.
- Hurtado Murillo (2002) Salud sexual. Bases para una sexualidad saludable. Influencia de la anticoncepción y la infertilidad *Revista Iberoamericana de fertilidad*.101-107.

- Instituto Nacional de perinatología (2004) Manual de Normas y Procedimientos en Ginecología INPer: México D. F.
- Janczur-Bidzan, M. (1995). The influence of infertility on women's personality. *Psychiatry Pol.* 29, 471-8.
- Kemeter P, Fiegl J.(1998) Adjusting to life when assisted conception fails. *Hum Reprod*: 13:1099-105.
- Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A., y Caldwell, D.S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain:Catastrophizing as a maladaptative strategy. *Pain*, 37,51-56.
- Kling K., Shibley H. J. (1999). Gender differences in self-esteem: A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125 (4) 126-135.
- Knap, M., Beecham, S., Andersen, J., et al. The TAPS projects 3: Predicting the costs of closing psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 661-670.
- Larsson, G., Kempe, C. y Starrin, B. (1988). Appraisal and coping processes in acute timelimited stressful situations: A study of athletes. *European Journal of Personality*, 2, 259-276.
- La Rosa, J.(1988) Locus de control: una escala multidimensional. *Revista de psicología Social y Personalidad*. 4. (2): 43-64.
- Lalos O. y Lalos L. (1985). The wish to have a child. *Acta de Psychiatric Scan* 72; 476-81.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Roca. México.
- Lamas, M. (1994). El Problema de la Igualdad entre los Sexos. En: *Antología de la Sexualidad Humana*, Tomo III. Porrúa-Conapo: México D. F., pp.173-202.
- Lara, C. A. (1993). *Inventario Masculinidad y femineidad*. Manual Moderno: México, D. F.
- Lara, C.A. (1991) Masculinidad, femineidad y salud mental. Importancia de las características no deseables del rol d género. *Salud Mental* 14(1) 12-18.
- Lara, C. A., Verduzco, M. A., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (2). pp 247-255.

- Lara, C. A., Medina, M. E. y Gutiérrez, C. E. (1988). Estudio sobre las características de personalidad: Masculinas y Femeninas. *Investigación y desarrollo aplicados*, 2 (2), 9-17.
- Lara C. A. (1995) La salud mental de las mujeres: qué sabemos y hacia dónde dirigirnos. Reseña de la X reunión de investigación y enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría, pp. 146-154.
- Lara, A. M. (2003). “Intervención psicosocial para mujeres con depresión”. *Perinatología y Reproducción Humana*, 17 (4): 219-229.
- Lara, C. A. (1993). *Inventario de masculinidad y femineidad*. Manual Moderno: México.
- Lazarus, R. (1982). “Stress and Coping as Factor in Health and Illness”. En *Psychosocial Aspects of Cancer*. Cohen, J. W. (Eds.). New York.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Roca. México.
- Lewis G. and Wessely, S (2000) Comparison of the General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale Medycyna pracy. 51:6:589-601.
- Lee TY, Sun GH. (2000) Psychosocial response of Chinese infertile husband and wives. *Arch. Androl*; 45 (3):143-148.
- Lee TY, Sun GH, Chao SC. (2001) The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum. Reprod*; 16 (8): 1762-1767.
- Lin, N. Dean, A. & Ensel, W. (1986). Social support, life events and depression. Nueva York: Academic Press.
- Luecken. L.J. Compas, E.B (2002) Stres, coping, and Inmune Function in breast cáncer. *Annal of Behavioral Medicine*. 24:4: 336-344.
- Lukse, M.P. & Vacc, N.A. (1999). Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatmen. *Obstet. Gynecol.*, 93, 245-51.
- Lu, Y., Yang,L. & Lu, G. (1995). Mental status and personality of infertile women. *Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chic*, 30, 34-7.
- Masten, S.A. Commentary : Develomental Psychopathology as a unifying context for mental healt and education models, research, and practice en schools. (2003) *School psychology Review* . 32: 2, 169-173.

- Matsubayashi H, Kosaka T, Izumi S, Suzuki T, Makino T. (2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Jum. Reprod*; 16 (5): 966-969.
- Martínez, R.S, Ibarra, P.J., Yglesias, S.J. y Sánchez B.C. (1999) Sintomatología migrañosa y su relación con nivel de ansiedad y depresión. *Revista Mexicana de Psicología* 16; 2: 245-251.
- Mahlstedt, P. (1991) The infertility crisis: an opportunity for growth. *Perinatol Reproduc Hum.* 5 (2); 89-93.
- Makowska Z; Merez D. (2000) The usefulness of the Health Status Questionnaire: D. Goldberg's GHQ-12 and GHQ-28 for diagnosis of mental disorders in workers 37:297; 164–167. [Med Pr.](#) 51; 6:589-6.
- Medina-Mora, M-E, Borges, G, Lara M-C, Benjet, C. Blanco, J-J, Fleitz, B-C, Villatoro, V-J et al (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26 (4) 1-15.
- Medina-Mora, ME. Padilla, GP Mass, CC. Ezban BM. Caraveo J. Campilo SC. et, al (1995) Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de practica médica general. *Act psic. De psicol am Lat.* 31:53-61.
- Menninger, W.W. (1999). Adaptational challenges and coping in late life. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63(2), Suppl. A, 4-15.
- Meler, I. (1999). El pasaje de la pareja en la familia. Aspectos culturales, interpersonales y subjetivos. En. Burin, M y Meler, I. (Eds.), *Género y familia poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Paidós: Buenos Aires, Argentina. pp.163-191.
- Miranda, C., Larrazabal, F. & Laban, P. (1996). Family counseling in infertility couples. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 60, 75-8.
- Mikulincer M, Horesh N, Levy- Shiff R, Manovich R, Shalev J. The contribution of adult attachment style to adjustment to infertility. *Br. J. Med. Psychol*; 71 (Pt 3): 265-280, 1998.
- Mirowsky and E. Ross. (2004). Education, Social Status, and Health. *Canadian Journal of Sociology Online* September-October. Aldine de Gruyter, 2003, 242 pp.
- Moreno, C. (1999a). Psicología y Reproducción Asistida. *Med Spain* (La nueva revista de Medicina y Salud en Internet) [En red] Sept., 1-5. Disponible en: [http: www.medspain.es/curso.html](http://www.medspain.es/curso.html)).

- Morales C.F., Carreño M. J. (1999) Mujer y Reproducción En: Vázquez, E (Ed) Medicina Reproductiva en México. JGH. México D.F. pp 227-228.
- Morales C.F., Carreño M. J. (1999) Pronóstico y Soporte Emocional de la Pareja Infértil En: Vázquez, E (Ed) Medicina Reproductiva en México JGH México D:F: pp 235-236.
- Morales, C. Kably-Ambe A y Díaz, E. (1992) Fertilización asistida: aspectos emocionales Perinatología y Reproducción Humana. 6 (3): 104-108.
- Morales, C. F., Franco, D. E., Espíndola, H. G., Henales, A. C., Meza, R. P., Mota G. C., Pimentel, N. D. (2004). "Concepto de Salud Psicológica". En *Temas selectos en orientación psicológica Creando Alternativas. Manual Moderno*: 49-61.
- Moreno, C. (1999b). La Psicología al servicio de la Reproducción Asistida. Boletín de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), 8, (2); 2-6.
- Moreno, C. Núñez, R. & Caballero, P. (1999). Sexualidad y reproducción humana: ¿Querer es poder? Información Psicológica, Revista Cuatrimestral del Colegio Oficial de Psicólogos del País Valencia, 69, 38-41.
- Moreno, C., Pérez, A. M<sup>a</sup>, Núñez, R., Guerrero, N., Martínez, J., Caballero, P. (1999). Proceso psicológico en Reproducción Asistida: Estudio preliminar en parejas infértiles. XXV Congreso Español de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sup l. 2. vol. 42, 107. España. Valencia.
- Mori, E., Nadaoka, T., Marioka, Y. & Saito, H. (1997). Anxiety of infertile women undergoing IVF-ET: relation to the grief process. Gynecol.Obstet. Invest., 44, 157-62.
- Moss R. H. y Shaefer J. A. (1986). "Life Transition and Crises". En *Coping with Life Crises. An Integrated Approach*. New York: The Plenum Press.
- Moos S, R. (1988). "Life stressors and coping resources influence, health and well-being." *Psychological Assessment*, 4, 133-158.
- Muller MJ, Schilling G, Haidl G.:(1999) Sexual satisfaction in male infertility. Arch. Androl; 42 (3): 137-143.
- Nasser M.:(2000) Cultural similarities in psychological reactions to infertility. Psychol. Rep; 86 (2): 375-378.
- Newton, C.R., Sherrard, W. & Glavac, I. (1999). Development of the fertility adjustment scale. Fertil Steril, 72, 623-8.

- Newton, C. y Hole, S. (1993) Gender differences in psychological response to infertility treatment. *Infertility and Reprod Medicine. Clinics of North America.* 4 (3); 132-137.
- Oddens, B.J., Den Tonkelaar, I. & Nieuwenhuysse, H. (1999). Psychological experiences in women facing fertility problems: a comparative survey. *Human Reproduction*, 14, 255-61.
- Ochotorena, B. y Gómez, T. C. (1990). Sintomatología depresiva en la mujer; influencia del rol sexual y el estatus laboral. *Psicología social*, 5 (1) 43-59.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Pearlin L. I, Liberman, M A, Menaghan E. & Mullan J.T (1992). The sociological study of stress. *J Health Soc. Behavior.* 30: 251-256.
- Pearlin, L. & Schooler, C. (1978) The Structure of Coping *Journal Health and Science Behavior* 19.2: 21.
- Plata, M. E., Castillo, O. E., Guevara, L. U. (2004). “Evaluación de afrontamiento, depresión y ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico”. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 27, 1: 16-23.
- Ranz, R. (1999). Esterilidad, técnicas de reproducción asistida y terapia familiar médica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 41, 123-137.
- Rex, B. K. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling.* The Guilford Press: London.
- Rivera A. S. Díaz L, R (2002) La cultura del poder en la pareja. Facultad de Psicología, UNAM-Miguel Ángel Porrúa. México D.F.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image.* Revised edition. Middletown,CT: Wesleyan University Press.
- Rotter, J.B (1996) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (Whole No. 609).
- Rutter, D. tyrer, P. Emmanuel, J. Weaver, T. Byford, S.Hallam, A. Simmonds, S. & Fegurson.(2004) Internal vs. external care management in severemental illness: Randomized controlled trial and qualitative study.

- Sanders K.A. & Bruce, N.W. (1999). Psychological stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Human Reproduction*, 14, 1656-62.
- Saiepour, N. Mohammad, K. Abhari, R (2008) Mental disorder assessed by general health questionnaire and back pain among postmenopausal Iranian woman *Pakistan Journal of Biological Sciences*.11: 5;809-812.
- Schwarzer, R. Renner B: (2000) Social-cognitive predictors de health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*. 19: 487-495
- Shinnar, R.S. Coping with social indentity: the case of Mexican inmigrants (2008) *The Journal of Social Psychology*. 148:5, 553.575.
- Spielberg, A., Martínez, U., González, R., Natalicio, L. y Díaz, G. (1980). *Inventario Ansiedad Rasgo-Estado*. Manual Moderno D.F.
- Soler E., Barreto, P. y González. R. (2005) Cuestionario de repuesta emocional a la violencia domestica sexual .*Psicothema*. 17:2;267-274.
- Stansberry, J. (1996). The infertile couple: an overview of pathophysiology and diagnostic evaluation for the primary care clinician. *Nurse Pract. Forum*, 7, 76-86.
- Stoleru, S., Teglas, J.P., Spira, A., Magnin, F. & Fermanian, J. (1996). Psychological characteristics of infertile patients: discriminating etiological factors from reactive changes. *J. Psychosomatic Obstet. Gynaecol.*, 17,103-18.
- Tamayo, A. (1993). Locus de control: diferencias por sexo y por edad, *Acta psiquiátrica. Psicología América Latina*. 39 (4), 301-308.
- Tappan, M. E. (2004). *Epistemología y Psicoanálisis, una mirada al psicoanálisis y a la construcción del conocimiento*. Universidad Potosina.
- Tyson, P. (1982). A developmental line of gender identity, gender role and choice of love object. *J. Amer. Psychoanal Assoc.*, 30, 61-86.
- Vera, N.,A. Batista, A., J. Laborín, A., F. Souza, O., M. Coronado. G. (2003) Locus de controle em uma população do nordeste brasileiro. *Psic.: Teor. E pesq* 19 (3); 211-220.
- Vite, P.S (1987). El ingreso Económico familiar y su relación con la autoestima de la mujer casada. *Revista Mexicana de Psicología*. (4): 2 166-174.

Valdez S-R y Salgado S-N (2004) ESP, una escala breve para identificar malestar emocional en la práctica médica de primer nivel: características psicométricas. *Salud Mental* 27 (4) 55-62.

Warr, P. (2002). "Work, Unemployment and Mental Health". Oxford: Clarendon Press.

## ANEXOS

## ANEXO 1



**Instituto Nacional de Perinatología  
Dirección de Investigación  
Subdirección de Investigación Clínica  
Departamento de Psicología**

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F.....de.....200...

El departamento de psicología está realizando una investigación titulada “ROL DE GÉNERO COMO MODELO PRONÓSTICO DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN MUJERES ESTÉRILES”. Con estas acciones pretendemos tener más información sobre los aspectos psicológicos que se presentan durante la fase de tratamiento para lograr un embarazo. El entender estas situaciones es con el objetivo de mejorar la atención y el apoyo que la institución nos encomienda brindarles a todas las pacientes con esta problemática. Para lograr estos objetivos, les hacemos una cordial invitación a participar respondiendo a cinco cuestionarios que contienen preguntas con las que una persona generalmente se autodescribe: en su autoestima, en su género, locus de control, tipo de afrontamiento y si presenta o no malestar psicológico por los tratamientos, el tiempo estimado es de 45 min. Los cuestionarios serán aplicados en el departamento de psicología de la torre de investigación. La información que usted proporcione es de carácter confidencial y con fines estadísticos por lo que garantiza su anonimato.

Por lo que su participación es voluntaria; si no desea participar, no afectará en nada la atención que usted recibe del instituto así mismo señalamos que la evaluación psicológica no tendrá repercusiones para su salud, ni sobre el costo de las consultas.

Declaro libremente que estoy dispuesta a participar en un estudio cuyo objetivo y procedimientos se han informado.

Es de mi conocimiento que el investigador Mtro. Jorge Carreño Meléndez me ha ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de

firmar la presente, no hubiese expresado o surja durante el desarrollo de la investigación. Sé me ha manifestado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento sin que ello signifique que la atención médica se vea afectada por este hecho.

Se me ha informado que el participar en este estudio no repercutirá en el costo de la atención médica que se me debe brindar, también me indica que en caso de detectar alguna alteración emocional en los cuestionarios contaré con apoyo psicoterapéutico y de orientación sin costo para mí.

Para fines que se estime conveniente firmo la presente con el investigador y dos testigos.

Nombre y firma \_\_\_\_\_ expediente \_\_\_\_\_

Testigo 1 nombre y firma - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Testigo 2 nombre y firma - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Investigado; Jorge Carreño Meléndez \_\_\_\_\_

Torre de investigación primer piso. Departamento de psicología. Teléfono 55 20 99 00 ext. 147

## ANEXO 2



**Instituto Nacional de Perinatología**  
**Dirección de Investigación**  
**Subdirección de Investigación Clínica**  
**Departamento de Psicología**

### INVENTARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO

---

Lea por favor cada una de las oraciones que se indican a continuación y tache el número que mejor describa su situación de acuerdo a la siguiente escala.

0= No, de ninguna manera.

1= En alguna medida.

2= Generalmente, usualmente.

3= Siempre, en gran medida.

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Me concentro exclusivamente en lo que tengo que hacer a continuación.             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Intento analizar el problema para comprenderlo mejor.                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Me concentro en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Pienso que el tiempo cambiará las cosas y todo lo que tengo que hacer es esperar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me comprometo o me propongo obtener algo positivo de la situación.                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Hago cualquier cosa y pienso que al menos no me quedé sin hacer nada.             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Intento encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Hablo con alguien para averiguar más de sobre la situación.                       | 0 | 1 | 2 | 3 |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 9. Me critico o me sermoneo de mí mismo.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. No agoto mis posibilidades de solución en un mismo instante sino que reservo alguna otra alternativa abierta. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Confió en que ocurra un milagro.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Sigo adelante con mi destino pues sólo algunas veces tengo mala suerte.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Sigo adelante como si no hubiera pasado nada.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Guardo sólo para mí mis sentimientos.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Busco alguna mínima esperanza, viendo las cosas por su lado bueno.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Duermo más de lo que acostumbro.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Manifiesto mi enojo a la (s) persona (s) responsable (s) del problema.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me digo a mí mismo cosas que me hacen sentir mejor.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Me siento inspirado para hacer algo creativo.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Intento olvidarme de todo.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Busco ayuda profesional.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Pienso que los problemas me hacen madurar como persona.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Espero ver lo que sucede antes de hacer algo.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Me disculpo o hago algo para compensar.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Desarrollo un plan de acción y lo sigo.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Considero y acepto una segunda posibilidad mejor, después de lo que yo quería.                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. De algún modo expreso mis sentimientos.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Me doy cuenta de que soy la causa del problema.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Salgo mejor de la situación de como la empecé.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Hablo con alguien que pueda hacer algo por mi problema.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Me alejo del problema por un tiempo; intento descansar o distraerme.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Intento sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Tomo una decisión importante o hago algo muy arriesgado.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Intento no actuar demasiado aprisa o dejarme llevar por un primer impulso.                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Tengo fe en algo nuevo.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Mantengo mi orgullo y pongo al mal tiempo buena cara.   | 0 | 1 | 2 | 3 |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 38. Redescubro lo que es importante en la vida.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Hago cambios para que las cosas salgan mejor.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Evito estar con la gente en general.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. No dejo que el problema me venza; rehúso pensar mucho tiempo en el problema.                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. Pregunto su opinión a un pariente o amigo y respeto su consejo.                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Oculto a lo demás lo mal que va.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. No tomo en serio la situación y me niego a hacerlo.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. Le platico a alguien como me siento.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. Me mantengo firme y peleo por lo que quiero.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. Me desquito con lo demás.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. Recurro a experiencias pasadas; ya que antes me había encontrado con una situación similar.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49. Se lo que tengo que hacer y redoblo mis esfuerzos para conseguir que las cosas marchen bien. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. Me niego a creer lo que ha ocurrido.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51. Me prometo a mí mismo que las cosas serán distintas la próxima vez.                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52. Propongo un par de soluciones distintas al problema.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 53. Acepto la situación pues yo no puedo hacer nada al respecto.                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 54. Intento que mis sentimientos no interfieran demasiado con otras cosas.                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 55. Deseo poder cambiar lo que está ocurriendo o la forma como me siento.                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 56. Cambio algo de mí.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 57. Sueño o imagino otro tiempo u otro lugar mejor que el presente.                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 58. Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo.                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 59. Fantaseo e imagino el modo en que podrían cambiar las cosas.                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 60. Rezo alguna oración.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 61. Me preparo para lo peor.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 62. Repaso mentalmente lo que haré o diré.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 63. Pienso como dominaría la situación a quien admiro y lo tomo como modelo.                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 64. Intento ver las cosas desde el punto de vista de la otra                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |

persona.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 65. Me digo a mí mismo que las cosas podrían ser peor.                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 66. Realizó algún ejercicio.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 67. Intento algo distinto de todo lo anterior (por favor describalo). | 0 | 1 | 2 | 3 |

CUESTIONARIO DE ESTILO DE AFRONTAMIENTO

HOJA DE CALIFICACION

Nombre: \_\_\_\_\_ Dx: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

| ESTILO DE AFRONTAMIENTO    | REACTIVO/CALIFICACION           | BRUTO | PROMEDIO | RELATIVO (%) |
|----------------------------|---------------------------------|-------|----------|--------------|
| A. Confrontativo           | 6/ 7/ 17/ 28/ 34/ 46/           |       |          |              |
| B. Distanciamiento         | 12/ 13/ 15/ 21/ 41/ 44/         |       |          |              |
| C. Auto-control            | 10/ 14/ 35/ 43/ 54/ 62/ 63/     |       |          |              |
| D. Soporte Social          | 8/ 18/ 22/ 31/ 42/ 45/          |       |          |              |
| E. Responsabilidad         | 9/ 25/ 29/ 51/                  |       |          |              |
| F. Escape- Evitación       | 11/ 16/ 33/ 40/ 47/ 50/ 58/ 59/ |       |          |              |
| G. Resolución de Problemas | 1/ 26/ 39/ 48/ 49/ 52/          |       |          |              |
| H. Reevaluación Positiva   | 20/ 23/ 30/ 36/ 38/ 56/ 60/     |       |          |              |
|                            |                                 | total |          |              |

Calificación: 1)Puntaje Bruto: Suma de las calificaciones de los items correspondientes a cada modo de afrontamiento.

2)Promedio: Puntaje Bruto entre el número de items.

3)Puntaje Relativo: Dividir el promedio de cada tipo de afrontamiento entre la suma total de los promedios y multiplicar por 100.

## ANEXO 3



**Dirección de Investigación  
Subdirección de Investigación Clínica  
Departamento de Psicología  
Coopersmith-Inventario**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

De las siguientes afirmaciones, señale la opción que se aplique a usted.

Sólo es SÍ o NO.

|   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Generalmente los problemas me afectan muy poco.          | SÍ | NO |
| 2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público.               | SÍ | NO |
| 3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.                 | SÍ | NO |
| 4. Puedo tomar una decisión fácilmente.                     | SÍ | NO |
| 5. Soy una persona simpática.                               | SÍ | NO |
| 6. En mi casa me enoja fácilmente.                          | SÍ | NO |
| 7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.            | SÍ | NO |
| 8. Soy popular entre las personas de mi edad.               | SÍ | NO |
| 9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos. | SÍ | NO |
| 10. Me doy por vencido (a) fácilmente.                      | SÍ | NO |
| 11. Mi familia espera demasiado de mí.                      | SÍ | NO |
| 12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.             | SÍ | NO |
| 13. Mi vida es muy complicada.                              | SÍ | NO |
| 14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.          | SÍ | NO |
| 15. Tengo mala opinión de mí mismo (a).                     | SÍ | NO |
| 16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.               | SÍ | NO |
| 17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo.      | SÍ | NO |
| 18. Soy menos bonita que la mayoría de la gente.            | SÍ | NO |
| 19. Si tengo algo que decir generalmente lo digo.           | SÍ | NO |
| 20. Mi familia me comprende.                                | SÍ | NO |
| 21. Los demás son mejor aceptados que yo.                   | SÍ | NO |
| 22. Siento que mi familia me presiona.                      | SÍ | NO |
| 23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago.              | SÍ | NO |
| 24. Muchas veces me gustaría ser otra persona.              | SÍ | NO |
| 25. Se puede confiar muy poco en mí.                        | SÍ | NO |

## ANEXO 4



**Instituto Nacional de Perinatología  
Dirección de Investigación  
Subdirección de Investigación Clínica  
Departamento de Psicología**

### **CUESTIONARIO DE MASCULINIDAD Y FEMINEIDAD IMAFE**

Nombre o número de cuestionario: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

| <b>ESCALAS</b> |   |       |
|----------------|---|-------|
| <b>M</b>       | _____/15<br>$\Sigma$ 1 5 9 13 17 21 25 29 33 37 41 45 49 53 57  | _____ |
| <b>F</b>       | _____/15<br>$\Sigma$ 2 6 10 14 18 22 26 30 34 38 42 46 50 54 58 | _____ |
| <b>MA</b>      | _____/15<br>$\Sigma$ 3 7 11 15 19 23 27 31 35 39 43 47 51 55 59 | _____ |
| <b>S</b>       | _____/15<br>$\Sigma$ 4 8 12 16 20 24 28 32 36 40 44 48 52 56 60 | _____ |

## INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una lista de palabras que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñoso, flojo. Le voy a pedir que utilice esas palabras para describirse. Esto es, a cada palabra le pondrá un número entre uno y siete, según qué también crea que describe su manera de ser.

**Estos números del uno al siete significan lo siguiente:**

|                            |                         |                       |                               |                  |                      |                                |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------|----------------------|--------------------------------|
| 1                          | 2                       | 3                     | 4                             | 5                | 6                    | 7                              |
| Nunca o casi nunca soy así | Muy pocas veces soy así | Algunas veces soy así | La mitad de las veces soy así | A menudo soy así | Muchas veces soy así | Siempre o casi siempre soy así |

Ejemplo:

**Listo**            3            Le pondrá el número 3 si cree que algunas veces usted es listo.

**Malicioso**     1            Le pondrá el número 1 si cree que nunca o casi nunca usted es malicioso.

**Responsable**  7            Le pondrá el número 7 si cree que siempre o casi siempre usted es responsable.

Enseguida se encontrarán estas descripciones, asigne un número de acuerdo con la escala del 1 al 7 como se muestra arriba.

Por favor no deje ningún inciso sin contestar

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| 1. Seguro de mi mismo(a)                    | 21. Dispuesto(a) a arriesgarme                       | 41. Racional                |
| 2. Afectuoso(a)                             | 22. Deseoso(a) a consolar al que se siente lastimado | 42. Me gustan los niños     |
| 3. Enérgico(a)                              | 23. Agresivo(a)                                      | 43. Rudo(a)                 |
| 4. Conformista                              | 24. De personalidad débil                            | 44. Dependiente             |
| 5. Me comporto confiado(a) de los demás     | 25. Autosuficiente                                   | 45. Maduro(a)               |
| 6. Compasivo(a)                             | 26. Cariñoso(a)                                      | 46. De voz suave            |
| 7. Dominante                                | 27. Uso malas palabras                               | 47. Incomprensivo(a)        |
| 8. Simplista                                | 28. Inseguro(a) de mi mismo(a)                       | 48. Influenciable           |
| 9. Analítico(a)                             | 29. Independiente                                    | 49. Valiente                |
| 10. Sensible a las necesidades de los demás | 30. Amigable   | 50. Generoso(a)             |
| 11. Individualista                          | 31. Materialista                                     | 51. Frío(a)                 |
| 12. Sumiso(a)                               | 32. Pasivo(a)  | 52. No me gusta arriesgarme |
| 13. Hábil para dirigir                      | 33. Competitivo(a)                                   | 53. Reflexivo(a)            |
| 14. Comprensivo(a)                          | 34. Tierno(a)  | 54. Espiritual              |
| 15. Ambicioso(a)                            | 35. Autoritario(a)                                   | 55. De voz fuerte           |
| 16. Incapaz de planear                      | 36. Resignado(a)                                     | 56. Retraído(a)             |
| 17. Tomo decisiones con facilidad           | 37. Atlético(a)                                      | 57. De personalidad fuerte  |
| 18. Caritativo(a)                           | 38. Dulce  | 58. Cooperador(a)           |
| 19. Arrogante                               | 39. Egoísta  | 59. Malo(a)                 |
| 20. Indeciso(a)                             | 40. Cobarde  | 60. Tímido(a)               |

## ANEXO 5

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### ESCALA DE LOCUS DE CONTROL DE ROTTER

Este es un cuestionario para encontrar la forma en que ciertos acontecimientos importantes en nuestra sociedad afectan a distintas personas. Cada pregunta consiste en un par de alternativas marcadas con los incisos **A** y **B**. Por favor elija una de las afirmaciones de cada pregunta asegurándose de seleccionar la opción que usted considere que es verdad en su caso y no la que crea que debería escoger o la que le gustaría que fuera verdad. Este cuestionario evalúa creencias personales, por lo que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Conteste las preguntas cuidadosamente, pero no tome mucho tiempo decidiendo su respuesta. Marque con una **X** en la línea de la izquierda su opción garantizando seleccionar una afirmación en cada reactivo. No deje ninguna pregunta sin contestar.

En algunos casos usted descubrirá que tanto la opción **A** como la **B** se ajustan a su forma de pensar o que no puede elegir ninguna, en dado caso, seleccione la que más se apegue a sus convicciones. Trate que sus respuestas sean independientes unas de otras, no se deje influenciar por los incisos que conteste previamente.

**Recuerde: seleccione la afirmación que crea más cierta en su caso.**

**Creo firmemente que:**

1. \_\_\_\_ A Los niños se meten en problemas porque sus padres los castigan mucho.  
\_\_\_\_ B Actualmente, el problema con la mayoría de los niños es que sus padres son muy consecuentes con ellos.
2. \_\_\_\_ A Muchas de las cosas tristes en la vida de la gente se deben en parte a la mala suerte.  
\_\_\_\_ B La mala suerte de la gente es el resultado de sus errores.
3. \_\_\_\_ A Una de las principales razones por las cuales existen las guerras se debe a que la gente no se interesa lo suficiente en la política.  
\_\_\_\_ B Siempre existirán las guerras, no importa cuánto se esfuerce la gente en prevenirlas.
4. \_\_\_\_ A Al final, la gente adquiere el respeto que se merece en este mundo.  
\_\_\_\_ B Desafortunadamente, el valor de una persona muchas veces pasa desapercibido, no importa qué tanto se esfuerce.
5. \_\_\_\_ A La idea de que los maestros son injustos con los alumnos es absurda.  
\_\_\_\_ B La mayoría de los estudiantes no se dan cuenta hasta qué punto las calificaciones que sacan dependen de la suerte.

**Creo firmemente que:**

6. \_\_\_\_ A Uno no puede ser un líder efectivo sin que rompa las reglas.  
\_\_\_\_ B Las personas capaces que no logran ser líderes, son aquellas que no han sabido aprovechar las oportunidades.
7. \_\_\_\_ A No importa que tanto te esfuerces, hay gente a la que simplemente no le vas a caer bien.  
\_\_\_\_ B La gente que no logra caerle bien a los demás, no sabe llevarse con otros.
8. \_\_\_\_ A Nuestra personalidad esta determinada principalmente por la herencia.  
\_\_\_\_ B Las experiencias que uno tiene en la vida son las que determinan como somos.
9. \_\_\_\_ A Frecuentemente me doy cuenta que siempre pasa lo que tiene que pasar.  
\_\_\_\_ B Confiar en el destino nunca me ha funcionado bien cuando tengo que tomar una decisión para algo definitivo.
10. \_\_\_\_ A Es muy raro que los estudiantes bien preparados consideren un examen injusto.  
\_\_\_\_ B Muchas veces las preguntas de los exámenes no tienen relación con el trabajo en clase, por ello estudiar es realmente inútil.
11. \_\_\_\_ A Tener éxito es cuestión de trabajar duro. En esto, la suerte tiene muy poco o nada que ver.  
\_\_\_\_ B Conseguir un buen trabajo depende principalmente de estar en el lugar y en el momento correcto.
12. \_\_\_\_ A El ciudadano promedio puede influir en las decisiones del gobierno.

- \_\_\_ B El mundo está en manos de poca gente en el poder y no hay mucho que la gente común pueda hacer al respecto.
13. \_\_\_ A Cuando hago planes, estoy casi seguro (a) de que puedo llevarlos a cabo.  
\_\_\_ B No siempre es sabio planear el futuro porque muchas cosas, de cualquier modo, dependen de Dios o de la mala suerte.
14. \_\_\_ A Hay ciertas personas que simplemente no son buenas.  
\_\_\_ B Hay algo bueno en todas las personas.
15. \_\_\_ A En mi caso, lograr lo que quiero tiene poco o nada que ver con la suerte.  
\_\_\_ B Muchas veces debemos simplemente decidir que hacer echando un volado.
16. \_\_\_ A Lograr ser el jefe, depende en muchas ocasiones de tener suficiente suerte de estar primero en el sitio correcto.  
\_\_\_ B Lograr que las personas hagan lo correcto depende de la habilidad; la suerte tiene poco o nada que ver con ello.
17. \_\_\_ A Diferentes acontecimientos mundiales son preocupantes, la mayoría de nosotros somos víctimas de fuerzas que no podemos entender ni controlar.  
\_\_\_ B Al tomar parte activa en cuestiones políticas y sociales, la gente puede controlar lo que pasa en el mundo.
18. \_\_\_ A La mayoría de las personas no se dan cuenta hasta que grado sus vidas están controladas por hechos accidentales.  
\_\_\_ B En realidad la suerte no existe.

**Creo firmemente que:**

19. \_\_\_ A Uno debería estar siempre dispuesto a aceptar sus errores.  
\_\_\_ B Generalmente es mejor ocultar nuestros errores.
20. \_\_\_ A Es difícil saber si realmente le caes bien o no a una persona.  
\_\_\_ B El número de amigos que tengas depende de qué tan agradable seas como persona.
21. \_\_\_ A A final de cuentas, las cosas malas que nos pasan se equilibran con las buenas.  
\_\_\_ B Muchas veces la mala suerte es el resultado de la falta de habilidad, ignorancia, flojera o de la combinación de las tres.
22. \_\_\_ A Podemos acabar con la corrupción política si nos esforzamos lo suficiente.  
\_\_\_ B Es difícil para las personas tener control sobre las cosas que los políticos hacen en sus puestos.
23. \_\_\_ A Algunas veces no comprendo como los maestros califican a sus alumnos.  
\_\_\_ B Existe una relación directa entre que tanto me esfuerzo en estudiar y las calificaciones que obtengo.
24. \_\_\_ A Un buen líder espera que la gente decida por sí misma lo que debe hacer.

- \_\_\_\_ B Un buen líder deja claro a todos cual es su trabajo.
25. \_\_\_\_ A Muchas veces siento que tengo poca influencia sobre las cosas que me pasan.  
\_\_\_\_ B Es imposible creer que el azar o la suerte jueguen un papel importante en mi vida.
26. \_\_\_\_ A Las personas están solas porque no tratan de ser amigables.  
\_\_\_\_ B No sirve mucho esforzarse por agradar a la gente; si les caes bien, les caes bien.
27. \_\_\_\_ A Se le da demasiada importancia al deporte en las escuelas.  
\_\_\_\_ B Los deportes en equipo son una excelente manera para formar el carácter.
28. \_\_\_\_ A Lo que me sucede es producto de mi propio esfuerzo.  
\_\_\_\_ B A veces siento que no tengo suficiente control sobre la dirección que mi vida está tomando.
29. \_\_\_\_ A La mayoría de las veces no entiendo por qué los políticos se comportan como lo hacen.  
\_\_\_\_ B A fin de cuentas, la gente es responsable del mal gobierno ya sea local o nacional.

## ANEXO 6



**Dirección de Investigación  
Subdirección de Investigación Clínica  
Departamento de Psicología**

### CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD CGS-30

Este es un cuestionario que pretende evaluar su estado general de salud. Para ello se han formulado una serie de preguntas o afirmaciones que tienen que ver con los padecimientos más comunes. Es importante que los conteste en forma individual. **NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR.**

Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una "X" en la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas se refieren, exclusivamente a las molestias en las dos últimas semanas.

Por favor si usted padeció estas molestias antes de este tiempo no las tome en cuenta.

|  | (1)             | (2)              | (3)             | (4)                   |  |
|--|-----------------|------------------|-----------------|-----------------------|--|
| 1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?  | Mejor que antes | Igual que antes  | Peor que antes  | Mucho peor que antes  |  |
| 2. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?                                   | No              | Como antes       | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 3. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?   | No              | No más que antes | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 4. ¿Ha tenido dolores de cabeza?   | No              | Como siempre     | Más que siempre | Mucho más que siempre |  |
| 5. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar? | No              | Igual que antes  | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 6. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos?   | No              | Igual que antes  | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |
| 7. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir?                   | No              | No más que antes | Más que antes   | Mucho más que antes   |  |

|   |                 |                  |                      |                            |  |
|---|-----------------|------------------|----------------------|----------------------------|--|
| dormir  |                 |                  |                      | antes                      |  |
| 8. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?                                  | Más que antes   | Igual que antes  | Menos que antes      | Mucho menos que antes      |  |
| 9. ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?                | No              | No más que antes | Más que antes        | Mucho más que antes        |  |
| 10. ¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?            | No              | No más que antes | Más que antes        | Mucho más que antes        |  |
| 11. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?                             | No              | No más que antes | Más que antes        | Mucho más que antes        |  |
| 12. ¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien?                    | Mejor que antes | Igual que antes  | Peor que antes       | Mucho peor que antes       |  |
| 13. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?             | Más que antes   | Igual que antes  | Menos que antes      | Mucho menos que antes      |  |
| 14. ¿Siente cariño y afecto por los que le rodean?                          | Más que antes   | Como antes       | Menos que antes      | Mucho menos que antes      |  |
| 15. ¿Se lleva bien con los demás?   | Mejor que antes | Como antes       | Peor que antes       | Mucho peor que antes       |  |
| 16. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?                  | Más que antes   | Igual que antes  | Menos útil que antes | Mucho menos útil que antes |  |
| 17. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?                               | Más que antes   | Igual que antes  | Menos que antes      | Mucho menos que antes      |  |
| 18. ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?                           | No, para nada   | No más que antes | Menos que antes      | Mucho más que antes        |  |
| 19. ¿Disfruta sus actividades diarias?                                      | Más que antes   | Igual que antes  | Menos que antes      | Mucho menos que antes      |  |
| 20. ¿Se ha sentido irritado y de mal humor?                                 | No, para nada   | No más que antes | Más que antes        | Mucho más que antes        |  |
| 21. ¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón? | No              | No más que antes | Más que antes        | Mucho más que antes        |  |

|  |               |                  |               |                     |  |
|--|---------------|------------------|---------------|---------------------|--|
| 22. ¿Se ha sentido triste y deprimido?   | No, para nada | No más que antes | Más que antes | Mucho más que antes |  |
| 23. ¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo?  | No            | No más que antes | Más que antes | Mucho más que antes |  |
| 24. ¿Ha pensado que usted no vale nada?  | No, para nada | No más que antes | Más que antes | Mucho más que antes |  |
| 25. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?                               | No            | No más que antes | Más que antes | Mucho más que antes |  |
| 26. ¿Se ha sentido nervioso y "a punto de estallar" constantemente?                | No            | No más que antes | Más que antes | Mucho más que antes |  |
| 27. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?                             | No, para nada | No creo          | Alguna vez    | Sí                  |  |
| 28. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?             | No            | No más que antes | Más que antes | Mucho más que antes |  |
| 29. ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?                                      | No            | No más que antes | Más que antes | Mucho más que antes |  |
| 30. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza? | No, para nada | No creo          | Alguna vez    | Sí                  |  |