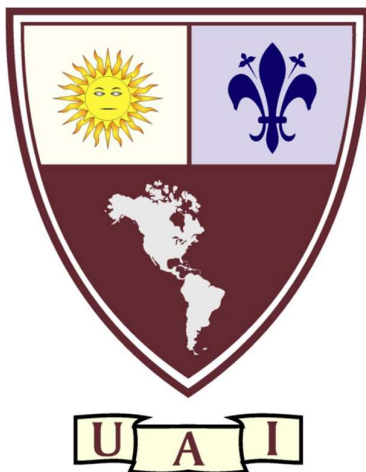


UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES  
HUMANAS**



**TESIS DE GRADO**

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y AUTOESTIMA EN  
MUJERES CON DIAGNOSTICO DE INFERTILIDAD”

**Tesista:** Georgina Mariela Caradonna

**Director:** Lic. Maximiliano Preuss

**Legajo:** 10068

**Sede:** Lomas de Zamora

**Turno:** Noche

**Fecha:** diciembre 2020.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, quiero agradecer, a mi mamá, por ser siempre mi mejor ejemplo, por ayudarme en cada paso. Por inculcarme los mejores valores, los que te hacen una buena persona, y en consecuencia un buen profesional. Por alentarme siempre a que estudie, a que no me conforme, a seguir, a realizar mis sueños. A mis hermanos que son mi todo, a quienes admiro profundamente y quienes siempre me enseñan y dan su apoyo incondicional. A mi papi, que sé, me verá orgulloso desde el cielo.

A mi familia, por confiar en mí, por ser mi sostén. A mi abuela por su amor incondicional.

A mis amigas y amigos por comprender mis ausencias, durante tanto tiempo.

A mi tutor, Maximiliano Preuss, por guiarme, por ser mi fuente de saber.

A mis compañeras/os de cursada, gracias, por los momentos vividos, la ayuda, las risas, los nervios, por todo lo compartido... Y en especial a mi amiga Ayelén Lema, con quien realicé todo este largo camino.

## RESUMEN

La infertilidad puede ser definida como la incapacidad de completar un embarazo luego de un año de mantener relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas; es un problema que afecta a una de cada seis parejas (Brugo-Olmedo et al., 2011). El diagnóstico de infertilidad puede influir negativamente en el psiquismo ocasionando trastornos emocionales. Teniendo en cuenta esta problemática, se buscó en esta investigación indagar acerca de las Estrategias de Afrontamiento en mujeres que padecen este diagnóstico y para ello se utilizó el Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A Moos, (1993; adaptación argentina: Mikulic & Crespi, 2008), la cual es una técnica de autoinforme que evalúa las estrategias de afrontamiento implementadas por un sujeto ante un estresor o problema reciente. Asimismo, también se buscó indagar acerca de los niveles de autoestima de estas mujeres y para ello se utilizó la escala de Rosenberg (1965; adaptación argentina: Góngora & Casullo, 2009). Se trabajó con una muestra integrada por 74 mujeres con diagnóstico de infertilidad. Los resultados arrojados permiten inferir que las mujeres que poseen este diagnóstico tienen en general un bajo nivel de autoestima independientemente de las variables estudiadas y, por otra parte, se halló, que las mujeres que realizan tratamientos de fertilización asistida tienden a utilizar estrategias tales como aproximación al problema y cognitivas.

**Palabras clave:** Infertilidad - estrategias de afrontamiento – autoestima - mujeres.

## **ABSTRACT**

Infertility can be defined as the inability to complete a pregnancy after one year of having sex without contraceptive measures; it is a problem that affects one in six couples (Brugo-Olmedo et al., 2011). The diagnosis of Infertility can negatively influence the psyche causing emotional disorders. Taking into account this problem, this research sought to inquire about Coping Strategies in women who suffer from this diagnosis. For this, the Coping Response Inventory CRI-A Moos, (1993; argentine adaptation Mikulic & Crespi, (2008), was used; which is a self-report technique that evaluates the coping strategies implemented by a subject in the face of a recent stressor or problem. Likewise, it was also sought to inquire about the levels of self-esteem of these women and, for this, the Rosenberg scale (1965, argentine validation: Góngora & Casullo, 2009) was used. The sample consisted of 74 women with a diagnosis of infertility. The results obtained allow us to infer that women who have this diagnosis generally have a low level of self-esteem regardless of the variables studied, on the other hand, it was found that women who perform assisted fertilization treatments use strategies such as approach to the problem and cognitive strategies.

**Keywords:** Infertility - coping strategies - self-esteem - women.

## ÍNDICE GENERAL

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| AGRADECIMIENTOS.....                                | 1  |
| RESUMEN.....                                        | 2  |
| ABSTRACT.....                                       | 3  |
| ÍNDICE GENERAL.....                                 | 4  |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS.....                             | 8  |
| ÍNDICE DE TABLAS.....                               | 8  |
| CAPÍTULO I.....                                     | 10 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....                  | 11 |
| 1.1 Introducción.....                               | 11 |
| 1.2 Antecedentes.....                               | 15 |
| 1.3 Pregunta.....                                   | 22 |
| 1.4 Justificación.....                              | 22 |
| 1.4.1 Teórica.....                                  | 22 |
| 1.4.2 Práctica.....                                 | 22 |
| 1.4.3 Social.....                                   | 23 |
| 1.5 Objetivos.....                                  | 24 |
| 1.5.1 Objetivo General.....                         | 24 |
| 1.5.2 Objetivos Específicos.....                    | 24 |
| 1.6 Hipótesis.....                                  | 25 |
| CAPÍTULO II.....                                    | 26 |
| 2. MARCO TEÓRICO.....                               | 27 |
| 2.1 Infertilidad.....                               | 27 |
| 2.1.1 Construcción de la definición conceptual..... | 27 |
| 2.1.2 Causas frecuentes de Infertilidad.....        | 28 |

|                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1.3 Factores de riesgo asociados a la infertilidad.....                                                                             | 29 |
| 2.1.4 Técnicas de fertilización asistida.....                                                                                         | 32 |
| 2.1.5 Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad.....                                                            | 35 |
| 2.2 Estrategias de Afrontamiento .....                                                                                                | 36 |
| 2.2.1 Caracterización y evolución conceptual.....                                                                                     | 36 |
| 2.2.2 Estrategias utilizadas frente al estrés.....                                                                                    | 38 |
| 2.2.3 El estrés en relación al diagnóstico de Infertilidad.....                                                                       | 39 |
| 2.2.4 Estrategias de Afrontamiento, apoyo social y características de<br>personalidad en mujeres con Diagnóstico de Infertilidad..... | 42 |
| 2.3 Autoestima.....                                                                                                                   | 44 |
| 2.3.1 Construcción conceptual de Autoestima.....                                                                                      | 44 |
| 2.3.2 Niveles de Autoestima.....                                                                                                      | 46 |
| 2.3.2.1 Autoestima Alta .....                                                                                                         | 46 |
| 2.3.2.2 Autoestima Media .....                                                                                                        | 46 |
| 2.3.2.3 Autoestima Baja.....                                                                                                          | 46 |
| 2.3.3 La autoestima en mujeres con diagnóstico de Infertilidad.....                                                                   | 47 |
| 2.3.4 Consecuencias psicológicas de la autoestima .....                                                                               | 48 |
| CAPÍTULO III.....                                                                                                                     | 51 |
| 3. METODOLOGÍA.....                                                                                                                   | 52 |
| 3.1 Tipo de Estudio y Diseño.....                                                                                                     | 52 |
| 3.2 Participantes.....                                                                                                                | 52 |
| 3.3 Instrumentos.....                                                                                                                 | 52 |
| 3.3.1 Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A (Moss, 1993;<br>Adaptación Mikulic & Crespi, 2008) .....                        | 53 |
| 3.3.2 Escala de Autoestima de Rosenberg.....                                                                                          | 55 |

|                                                                                                                                                    |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.4 Procedimiento.....                                                                                                                             | 56 |
| CAPÍTULO IV.....                                                                                                                                   | 57 |
| 4. RESULTADOS.....                                                                                                                                 | 58 |
| 4.1 Caracterización de la muestra.....                                                                                                             | 58 |
| 4.2 Descripción de variables.....                                                                                                                  | 62 |
| 4.2.2 Descripción de los niveles de Autoestima.....                                                                                                | 62 |
| 4.3 Cruce de variables.....                                                                                                                        | 63 |
| 4.3.1 Análisis de normalidad.....                                                                                                                  | 63 |
| 4.3.2 Análisis de la relación entre variables.....                                                                                                 | 63 |
| 4.3.3 Análisis de las variables sociodemográficas.....                                                                                             | 63 |
| 4.3.3.1 Análisis de las Estrategias de Afrontamiento en función de las<br>variables sociodemográficas contempladas.....                            | 63 |
| 4.3.3.1.1 Análisis de la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y la<br>variable sociodemográfica Edad.....                               | 64 |
| 4.3.3.1.2 Análisis de las diferencias entre las Estrategias de Afrontamiento<br>y la variable sociodemográfica Estado Civil.....                   | 64 |
| 4.3.3.1.3 Análisis de las diferencias entre las Estrategias de Afrontamiento<br>y la variable sociodemográfica Tratamiento de Fertilidad.....      | 65 |
| 4.3.3.1.4 Análisis de las diferencias entre las Estrategias de Afrontamiento<br>y la variable sociodemográfica Pérdida de Embarazos Naturales..... | 65 |
| 4.3.3.1.5 Análisis de la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y la<br>variable Cantidad de Pérdidas de Embarazos Naturales....          | 66 |
| 4.3.3.1.6 Análisis de las diferencias entre las Estrategias de Afrontamiento<br>y la variable sociodemográfica Apoyo social/familiar.....          | 66 |
| 4.3.3.1.7 Análisis de las diferencias entre las Estrategias de Afrontamiento<br>y la variable sociodemográfica Tratamiento Psicológico.....        | 67 |

|                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.3.3.2 Análisis de la Autoestima en función de las variables sociodemográficas contempladas.....                                     | 67 |
| 4.3.3.2.1 Análisis de la relación entre la Autoestima y la variable sociodemográfica Edad.....                                        | 67 |
| 4.3.3.2.2 Análisis de las diferencias en la Autoestima y la variable sociodemográfica Estado Civil.....                               | 68 |
| 4.3.3.2.3 Análisis de las diferencias en la Autoestima en función de la variable sociodemográfica Tratamiento de Fertilidad.....      | 68 |
| 4.3.3.2.4 Análisis de las diferencias en la Autoestima y la variable sociodemográfica Pérdidas de Embarazos Naturales.....            | 69 |
| 4.3.3.2.5 Análisis de la relación entre la Autoestima y la variable sociodemográfica Cantidad e pérdidas de Embarazos Naturales ..... | 69 |
| 4.3.3.2.6 Análisis de las diferencias en la Autoestima y la variable sociodemográfica Apoyo social/familiar.....                      | 69 |
| 4.3.3.2.7 Análisis de las diferencias en Autoestima y la variable sociodemográfica Tratamiento Psicológico.....                       | 70 |
| 4.3.3.2.3 Análisis de las diferencias en la Autoestima en función de la variable sociodemográfica Tratamiento de Fertilidad.....      | 68 |
| 4.3.3.2.4 Análisis de las diferencias en la Autoestima y la variable sociodemográfica Pérdidas de Embarazos Naturales.....            | 69 |
| CAPÍTULO V.....                                                                                                                       | 71 |
| 5. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN.....                                                                                                        | 72 |
| CAPÍTULO VI.....                                                                                                                      | 76 |
| 6. REFERENCIAS .....                                                                                                                  | 77 |
| CAPÍTULO VII.....                                                                                                                     | 83 |
| 7. ANEXO I.....                                                                                                                       | 84 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| GRÁFICO 1. Distribución de la variable Estado Civil .....                                        | 58 |
| GRÁFICO 2. Distribución de la variable tratamientos de fertilidad.....                           | 58 |
| GRÁFICO 3. Distribución de la variable tipo de tratamientos realizados...                        | 59 |
| GRÁFICO 4. Distribución de la variable cant. de tratamientos realizados...                       | 59 |
| GRÁFICO 5. Distribución de la variable perdida de embarazos naturales...                         | 60 |
| GRÁFICO 6. Distribución de la variable perdidas de embarazo en<br>tratamiento de fertilidad..... | 60 |
| GRÁFICO 7. Distribución de la variable tuvo apoyo social/familiar.....                           | 61 |
| GRÁFICO 8. Distribución de la variable tuvo apoyo psicológico.....                               | 61 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABLA I. Descripción de las Estrategias de Afrontamiento.....                                 | 62 |
| TABLA II. Descripción de los niveles de Autoestima .....                                      | 62 |
| TABLA III. Prueba de Normalidad.....                                                          | 63 |
| TABLA IV. Relación entre Autoestima y Estrategias de Afrontamiento...                         | 63 |
| TABLA V. Relación entre Estrategias de Afrontamiento y Edad.....                              | 64 |
| TABLA VI. Diferencias entre Estrategias de Afrontamiento y Estado Civil                       | 64 |
| TABLA VII. Diferencias entre Estrategias de Afrontamiento y Tratamiento<br>de Fertilidad..... | 65 |

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABLA VIII. Diferencias entre Estrategias de Afrontamiento y Pérdidas de Embarazos Naturales.....        | 65 |
| TABLA IX. Relación entre Estrategias de Afrontamiento y Cantidad de Pérdidas de Embarazos Naturales..... | 66 |
| TABLA X. Diferencia entre Estrategias de Afrontamiento y Apoyo social/familiar.....                      | 66 |
| TABLA XI. Diferencia entre Estrategias de Afrontamiento y Tratamiento Psicológico .....                  | 67 |
| TABLA XII. Relación entre Autoestima y Edad.....                                                         | 67 |
| TABLA XIII. Diferencia entre Autoestima y Estado Civil.....                                              | 68 |
| TABLA XIV. Diferencia entre Autoestima y Tratamiento de Fertilidad...                                    | 68 |
| TABLA XV. Diferencia entre Autoestima y Pérdida de embarazos Naturales.....                              | 69 |
| TABLA XVI. Relación entre Autoestima y Cantidad de Pérdidas de embarazos Naturales.....                  | 69 |
| TABLA XVII. Diferencia entre Niveles de Autoestima y Apoyo social/familiar.....                          | 69 |
| TABLA XVIII. Diferencia entre Autoestima y Tratamiento Psicológico.....                                  | 70 |

# CAPÍTULO I

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Introducción**

Esta investigación se propuso como objetivo principal conocer la relación entre Estrategias de Afrontamiento y niveles de Autoestima en mujeres con diagnóstico de infertilidad.

La infertilidad puede ser definida como la incapacidad de completar un embarazo luego de un tiempo de mantener relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas; es un problema que afecta a una de cada seis parejas. Aproximadamente el 40% de las parejas infértiles presentan varios factores causantes de dicha infertilidad, entre los cuales se encuentran: postergación del momento en el que se decide tener hijos, calidad del semen, cambios en la conducta sexual y eliminación de tabúes. No obstante, el 15% no evidencia ninguna alteración objetiva que arribe a un diagnóstico definido (Brugo-Olmedo et al., 2003).

El nivel biológico, y la posibilidad de quedar embarazada, disminuye significativamente a partir de los 35 años, resultando que entre un 10-15 % de las parejas precisan de ayuda especializada para concebir y esta situación se complejiza significativamente con la edad de la mujer; en este sentido, a partir de los 37 años, la probabilidad de infertilidad puede llegar a ser de hasta un 50 % ya que declina la curva de la función reproductiva. Según la Organización Mundial de la Salud, existen en el mundo ochenta millones de parejas con problemas de fertilidad aproximadamente (Urgellés Carrera et al., 2012).

Dichos autores plantean que el estudio de la pareja infértil es muy complejo, por consiguiente, requiere de la especializada atención médica que se dedica a ello teniendo en cuenta que, a pesar de no ser una enfermedad

mortal, altera el equilibrio biológico, psicológico y social de una pareja y más aún el de la mujer que no puede cumplir con su función más importante, procrear.

En este contexto, la infertilidad se presenta como una problemática de relevancia en aumento, de parejas que se encuentran impedidas o presentan dificultades para tener hijos, tanto por infertilidad primaria –la pareja que nunca ha logrado concebir– como secundaria, es decir, la imposibilidad de concebir luego de que algún miembro de la pareja ya ha tenido un hijo (Mascarenhas et al., 2012; OMS, 2013).

Teniendo en cuenta la problemática que trae un diagnóstico de infertilidad; Moreno-Rosset et al. (2008) se centran en el estudio de las características de aquellas parejas que no logran concebir un embarazo, el impacto que trae aparejado, como así también las diferentes técnicas que ayudan a hacer posible el deseo de procrear, las estrategias de afrontamiento y los resultados de las intervenciones y/o tratamientos psicológicos en este ámbito. Entre estos factores asociados a los problemas de infertilidad se incluyen estados emocionales alterados como son: el estrés y la ansiedad, el apoyo social percibido, las características generales de personalidad y las estrategias de afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1986, citados en Barra Almagiá, 2003) describen “el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164). Estos mecanismos de afrontamiento sirven tanto para manipular el

problema en sí, como también se vuelven esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante circunstancias estresantes.

Asimismo, se definen las respuestas de afrontamiento en dos grandes líneas centrales, por un lado, se encuentran las formas de afrontamiento activas y por otro las formas pasivas de afrontar un problema. En la primera línea se encuentran aquellas respuestas entendidas como cognitivas conductuales para afrontar de manera directa la situación estresante, en una segunda línea se encuentran las respuestas de afrontamiento por evitación que trata de aquellas respuestas cognitivo y/o conductuales para evitar pensar en la situación y/o momento estresante intentando reducir la tensión como conducta de huida. Estas respuestas dan cuenta y ponen al descubierto como se relaciona el afrontamiento con el bienestar psicológico y la salud de las personas, intentando profundizar sobre otras perspectivas de abordaje (Moos, 1993).

Dicho lo anterior, cabe destacar la importancia de conocer otros aspectos de relevancia que hacen al bienestar psicológico, tales como los niveles de autoestima que poseen las mujeres con diagnóstico de infertilidad.

La autoestima se puede definir como una posición que la persona tienen de sí mismas y se relaciona con las creencias que la conforma a lo largo de su vida, sobre las habilidades que desarrolla, las relaciones con los otros y los logros que llegue a cumplir (Hewit, 2002, citado en Góngora, V. & Casullo, M., 2009).

La misma está compuesta por dos niveles, autoestima alta, y autoestima baja; alta se relaciona al bienestar general, a tener aptitudes en el manejo del estrés de manera tal que la persona pueda encontrar solución ante un

problema y/o situación estresante. En este nivel mantendrá una creencia positiva de sí misma. En el caso de la baja autoestima las características son negativas, algunas tales como; inestabilidad, falta de autoconfianza, depresión y pesimismo (Rosenberg & Owens, 2001; citado en Góngora & Casullo, 2009).

Considerando la importancia de la problemática que trae aparejado el diagnóstico de infertilidad, su impacto en la mujer y en su autoestima, se relaciona con la crítica social, la mirada externa y familiar la cual incide en el estado de ánimo, como así también en el autoconcepto, una mujer que no logra quedar embarazada puede sentirse avergonzada, y con un fuerte sentimiento de frustración. El autoconcepto se fortalece con los logros, y se afirma con aprobación social. Por lo tanto, un diagnóstico de padecimiento crónico puede vulnerarlo; la crítica social es capaz de modificarlo y los fracasos lo debilitan (Carreño Meléndez et al., 2011).

## 1.2 Antecedentes

Los antecedentes de investigación hallados en torno al tema de esta tesis se suscriben en tres grandes ejes: por un lado, se encuentran los que se abocan a cuestiones meramente descriptivas de la problemática de la infertilidad por otro lado, aquellos estudios que focalizan en el análisis de las Estrategias de Afrontamiento y/o de la Autoestima en mujeres que padecen dicha problemática. Asimismo, cabe aclarar que no se encontraron antecedentes correlacionales al respecto.

En principio, en lo atinente al primer eje previamente esbozado, cabe referir un estudio realizado por Moreno-Rosset et al. (2011) cuyo objetivo fue estimar el nivel de ajuste emocional, afecto positivo y negativo y recursos adaptativos en pacientes infértiles en una etapa previa al tratamiento médico, como así también la capacidad de expresión de emociones o alexitimia, y manifestaciones de ansiedad estado y rasgo, estableciendo también diferencias de sexo. Para ello, se trabajó con dos grupos: un grupo experimental y un grupo control. El grupo experimental estuvo constituido por 101 miembros (50 hombres y 51 mujeres) que integraron un grupo de reproducción asistida para solicitar un estudio de fertilidad y un grupo control conformado por 90 personas con hijos (36 hombres y 54 mujeres).

Los instrumentos de evaluación psicológica utilizados fueron: “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo” (State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger et al., 1970), el “Inventario de depresión de Beck” (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, 1978) y el “Cuestionario de 90 síntomas” (Symptom Checklist 90, SCL-90; Derogatis, 1977).

Los resultados hallados manifiestan que las mujeres con diagnóstico de infertilidad denotan un mayor nivel de desajuste emocional, de ansiedad-estado

y afecto negativo que las mujeres sin este diagnóstico previo. También se halló que las mujeres con infertilidad presentan un mayor nivel de desajuste emocional, ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y afecto negativo que los hombres con diagnóstico de infertilidad. Por último, el grupo de hombres manifestó un mayor nivel de alexitimia que las mujeres. Los resultados de este estudio brindan un apoyo en la comprensión de los procesos subyacentes al diagnóstico de infertilidad.

Para continuar con la problemática de infertilidad, en un estudio teórico realizado por Izzedin-Bouquet de Durán (2011), se dió a conocer el importante aporte de la psicología en la reproducción, la problemática del diagnóstico de infertilidad como así también los efectos que produce la realización de tratamientos de fertilización asistida, los cuales son la columna vertebral para la Psicología de la Reproducción ya que estos pueden ser susceptibles de desatar alteraciones emocionales, trastornos psicológicos y estrés. En una innumerable cantidad de situaciones, el impacto psicológico de los tratamientos que se llevan a cabo frente a un diagnóstico de infertilidad suele tener un fuerte impacto negativo y las intervenciones psicológicas realizadas pueden brindar buenos resultados que den regulación a los desajustes emocionales en personas infértiles. En esta investigación se buscó reflexionar acerca de la relevancia del trabajo del psicólogo en las unidades dedicadas a todo lo vinculado con la reproducción humana siendo de vital importancia dar a conocer el resultado positivo de realizar un trabajo conjunto en lo que respecta a la patología de infertilidad. Para ello el autor trata el rol vital que brindan los servicios psicológicos que dan una orientación a aquellas personas que padecen de infertilidad.

Izzedin-Bouquet de Durán (2011) plantea que el terapeuta que trabaja en reproducción humana crea la posibilidad de ser quien brinde apoyo y orientación a los pacientes y a los médicos. Asimismo, es quien procura mejorar el autoconcepto y la valoración personal, interviniendo con el propósito de acotar el riesgo de sufrir a largo plazo algún síntoma depresivo y/o ansioso, fortaleciendo los vínculos de pareja para mejorar todo lo relacionado a la sexualidad y también a la comunicación

Otra investigación en torno a la descripción de la infertilidad fue la realizada por Urgellés Carrera et al. (2012) en la cual se trató temas tales como la fecundidad, los ciclos ovulatorios y la posibilidad de lograr un embarazo.

El objetivo del presente estudio fue arribar a las causas que generan la infertilidad en pacientes mujeres con más de 35 años de edad. A tal fin, se realizó un estudio de corte trasversal, descriptivo, cuya muestra estuvo compuesta por 172 pacientes con antecedentes de infertilidad, atendidas en consulta del Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto", en el período de 2004 a 2010. Se trabajó con 2 grupos: el primero con pacientes de 21 a 35 años y el segundo con pacientes entre 36 y 40 años. El resultado arrojado luego del estudio fue que un 51,1 % de las mujeres mayores a 35 años tuvo la afección tubaria, la cual produjo como diagnóstico posteriormente la infertilidad, y el 32,8% debido a los ciclos anovulatorios, logró un aumento de probabilidad de embarazo luego de someterse a algún tratamiento de fertilización asistida en un 19,4 %. La conclusión a la que arribaron los autores fue que predomina el diagnóstico de infertilidad secundaria por causa tubo peritoneal en los dos grupos estudiados, aunque resultó mayor en el grupo de mujeres cuya franja etaria superaba los 35 años.

En lo que atañe a los antecedentes de Estrategias de Afrontamiento en uno de los trabajos de referencia realizado por Barra Almagiá y Vaccaro Huespe (2012), que tuvo como objetivo examinar la relación entre el estrés percibido, la utilización de estrategias de afrontamiento al estrés y la personalidad resistente en mujeres en tratamiento por infertilidad de Concepción, Chile. La muestra estuvo compuesta por 115 mujeres entre 20 y 47 años con un promedio de edad de 33 años. Las participantes tenían un diagnóstico de infertilidad el cual se había establecido con una antelación de por lo menos 6 meses, encontrándose entre otras características que el 47% de ellas trabajaba fuera del hogar, un 58% poseía estudios secundarios o superiores y un 79% realizaba terapia en un período que oscilaba entre los 6 meses y los 2 años.

Se utilizó para esta investigación la Escala de Estrés Percibido, versión española (Remor, 2006), destinada a identificar aspectos vinculados al estrés, los cuales se asocian a la imprevisibilidad, falta de control y sobrecarga que perciben los sujetos y que ha afectado su vida durante al menos el último mes. Por otra parte, se empleó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés [CAE], desarrollado por Sandín y Chorot (2003), destinado a conocer la frecuencia con que los sujetos emplean distintas estrategias de afrontamiento para responder a los problemas o situaciones estresantes acaecidas durante el último tiempo. Por último, se aplicó el Cuestionario de Personalidad Resistente (Moreno, Garrosa & González, 2000), el cual consta de 21 ítems tendientes a evaluar las tres dimensiones del constructo: Control, Compromiso y Desafío. Los resultados arrojaron una relación inversa entre Estrés Percibido y Control y asimismo con las Estrategias de Focalización en la solución de Problemas y

Reevaluación Positiva, mientras que se halló una relación directa con las estrategias de Expresión Emocional Abierta y Auto Focalización Negativa. Las dimensiones de la personalidad resistente mostraron diferentes aspectos positivos con la estrategia de focalización en la resolución de problemas, siendo la más utilizada la Reevaluación positiva y luego la Focalización en la resolución del problema, mientras que las estrategias de menor incidencia fueron la Expresión Emocional Abierta y la Auto Focalización Negativa.

Para finalizar, es menester citar un antecedente referido a las Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Ansiedad Estado Rasgo en mujeres en la etapa de menopausia en un Hospital Nacional de Lima.

La investigación en cuestión fue realizada por Valladolid y Sthefany (2017), la cual empleó una muestra conformada por 100 mujeres a las cuales se les administró el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo y el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento.

Los datos que arrojó este trabajo dieron como resultado una importante relación entre la Ansiedad Estado Rasgo y las Estrategias de Afrontamiento en mujeres en la etapa de menopausia, también se encontró una relevante relación entre Ansiedad Estado y Estrategias de Afrontamiento en pensamiento desiderativo, apoyo social, resolución de problemas y retirada social.

Por último, adentrándonos en el tercer gran eje de antecedentes, que describen los niveles de autoestima de un sujeto ligados a la problemática de la infertilidad, cabe citar la investigación de Carreño-Meléndez, et al. (2011) quienes realizaron el análisis de distintos trabajos de investigación efectuados hasta la fecha sobre mujeres y fertilidad. Los autores hallaron una gran asociación entre la disminución del autoconcepto, la autoestima y un importante incremento en los síntomas acarreados como consecuencia de la

infertilidad. Asimismo, se informó que las mujeres que fueron atendidas por una cuestión de riesgo de salud reproductiva demostraron, frente al diagnóstico, una variada y representativa respuesta psicológica relacionada al evento, principalmente síntomas ansiosos y depresivos. Además, se encontró que un gran número de mujeres con diagnóstico de infertilidad poseen una sensación de bajo estado de ánimo, y una mirada crítica por parte de la sociedad y de sus familias lo que las hace sentir vergüenza por no poder procrear, lo que provoca un detrimento en su autoestima. En consonancia con ello, una baja autoestima se manifiesta como una señal de que la paciente en tratamiento por infertilidad está sufriendo cambios que no le permiten tener mayor confianza en sí misma, lo que genera como resultado: baja constancia en el tratamiento terapéutico, problemas de pareja y consultas médicas por síntomas que corresponden a depresión y ansiedad relacionada con la infertilidad.

Continuando con el tema, cabe mencionar la investigación que desarrollaron Contreras-García et al. (2016), con el propósito de describir los diferentes niveles de autoestima, desesperanza y ansiedad en mujeres con diagnóstico de infertilidad. Para ello, trabajaron con una muestra conformada por 40 mujeres chilenas con diagnóstico de infertilidad primaria entre los 20 y 45 años, quienes no habían sido madres previamente, con óvulos propios y en tratamiento de fertilización. En post de arribo al objetivo, se analizaron las variables biosociales, que conformaran un historial de enfermedades previas: ansiedad, desesperanza, autoestima y apoyo social percibido. Los resultados arrojados pudieron confirmar que el antecedente de enfermedades previas más frecuente estaba relacionado a la patología de ovario poliquístico (50%). También se demostró que en las mujeres examinadas hay un elevado nivel de ansiedad en el 47,5%, una baja autoestima en el 55%, y la desesperanza en un

62,5%. El 50% de ellas percibió un bajo apoyo social, un 52,5% mostró una deficiente capacidad de sentirse iguales al resto, mientras que el 45% de estas mujeres no tenía una positiva actitud frente a sí misma. Se llegó a la conclusión que en las mujeres con infertilidad se encuentran grandes niveles de ansiedad, desesperanza y una baja autoestima, siendo relevante hacer una evaluación de mujeres que realizaron algún tratamiento ya que la condición de salud psicológica constituye un aspecto importante tanto en la salud sexual y reproductiva de las mismas.

### **1.3 Pregunta**

¿Cómo es la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres con diagnóstico de infertilidad y sus niveles de autoestima?

### **1.4 Justificación**

#### **1.4.1 Teórica**

Es de vital importancia conocer acerca del tema que suscribe este trabajo de investigación, tanto las estrategias de afrontamiento como así también los niveles de autoestima en mujeres con diagnóstico de infertilidad, puesto que no ha sido hasta el momento objeto de muchas investigaciones. Lo novedoso subyace en crear el contexto para brindar apoyo psicológico a quienes padecen de esta enfermedad ya que deberán transitar por un difícil camino no solo de padecimiento físico sino también psíquico. En estos últimos tiempos ha sido una problemática en ascenso. La OMS (2013) la define como una enfermedad crónica que afecta a 1 de cada 4 mujeres en edad reproductiva. Aproximadamente 48,5 millones de parejas se encuentran impedidas o presentan dificultades para tener hijos (Antinucci et al., 2014). Si bien esta afección no implica un riesgo de vida, supone un sufrimiento psíquico el cual afecta distintos aspectos de la vida de las personas.

#### **1.4.2 Práctica**

El conocimiento y visibilidad de los padecimientos por los que pasan las personas afectadas por este diagnóstico brindará más opciones de ayuda y apoyo psicológico, no sólo para hacer frente al diagnóstico, sino también para poder transitar el difícil camino que supone atravesar los tratamientos de fertilidad. Por consiguiente, es fundamental que tanto médicos como psicólogos

puedan tener conocimiento profundo del impacto que supone en estas personas.

Según establece Moreno Rosset, (2004) desde el inicio de este nuevo milenio se ha venido defendiendo y demostrando la necesidad de que el psicólogo forme parte de los equipos multidisciplinares de las Unidades de Reproducción Humana.

Según Izzedin-Bouquet de Durán (2011), quien establece una innumerable cantidad de situaciones, el impacto psicológico de los tratamientos que se llevan a cabo frente a un diagnóstico de infertilidad suele tener un fuerte impacto negativo y las intervenciones psicológicas realizadas pueden brindar buenos resultados que den regulación a los desajustes emocionales en personas infértiles. Es importante destacar el trabajo del psicólogo en las unidades dedicadas a todo lo vinculado con la reproducción humana siendo de vital importancia dar a conocer el resultado positivo de realizar un trabajo conjunto en lo que respecta a la patología de infertilidad.

#### **1.4.3 Social**

Los beneficios de esta investigación en el plano social tributan a visibilizar los padecimientos de la mujer que lleva el diagnóstico, entender que culturalmente está establecido y arraigada la idea de realización y entidad de la mujer a partir de la maternidad, algo que, si bien viene cambiando, aún está muy arraigado en el seno de la cultura, lo que trasunta negativamente en el afrontamiento de la situación.

Carreño Meléndez (2011) postula que el apoyo social permite ayudar y hacer frente a las situaciones estresantes y mitigar la afección promocionando el bienestar psicológico. Es importante destacar que, para la mujer infértil en

tratamiento, la maternidad es fundamental para definir su identidad como mujer. Cuando esto fracasa de manera reiterada, esa identidad se ve fuertemente afectada, y de ahí se ejerce un cuestionamiento en su propia valoración; por efecto reportará una valoración baja de sí misma.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general**

Indagar la relación entre Estrategias de Afrontamiento y niveles de Autoestima en mujeres con diagnóstico de infertilidad.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

**1.5.2.1** Caracterizar a la muestra según variables sociodemográficas tales como: Edad, Estado Civil, Zona de Residencia, Realización de Tratamientos de Fertilización Asistida, Pérdidas de Embarazos Naturales o durante Tratamiento de Fertilización Asistida, Apoyo del Entorno Social y Tratamiento Psicológico.

**1.5.2.2** Describir las Estrategias de Afrontamiento predominantes de las mujeres de la muestra.

**1.5.2.3** Describir los niveles de Autoestima de las mujeres con diagnóstico de Infertilidad.

**1.5.2.4** Caracterizar las Estrategias de afrontamiento según variables sociodemográficas tales como: Edad, Estado Civil, Realización de Tratamientos de Fertilización Asistida, Pérdidas de Embarazos Naturales o durante

Tratamiento de Fertilización Asistida, Cantidad de pérdidas de embarazos, Apoyo del Entorno Social y Tratamiento Psicológico.

**1.5.2.5** Caracterizar los niveles de Autoestima según las variables sociodemográficas descritas en el objetivo anterior.

## **1.6 Hipótesis**

H1: Existe una relación directa entre las Estrategias de Afrontamiento (cognitivas y afectivas) de aproximación y los Niveles de Autoestima de las mujeres con Diagnóstico de Infertilidad, es decir que cuanto más se tiende a afrontar la situación, mayor será su nivel de Autoestima.

H2: Las mujeres con Diagnóstico de Infertilidad que han recibido Tratamientos de Fertilización presentan menores Niveles de Autoestima que aquellas que no se han sometido a tratamientos.

H3: A menor grado de Apoyo Social Familiar, menores son los niveles de Autoestima en mujeres con Diagnóstico de Infertilidad.

H4: Las mujeres con Diagnóstico de Infertilidad que realizan Tratamiento Psicológico tienden a emplear Estrategias de Afrontamiento de aproximación.

H5: Las mujeres con mayor cantidad de pérdidas de embarazo presentan menor nivel de autoestima.

# CAPÍTULO II

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Infertilidad**

#### **2.1.1 Construcción de la definición conceptual.**

La infertilidad se define como la incapacidad de completar un embarazo luego de pasado un largo tiempo de mantener relaciones sexuales sin utilizar ningún tipo de medida anticonceptiva. Es importante definir, en principio, los términos infertilidad y esterilidad. Dentro de los criterios de la literatura hispana, la definición de esterilidad es la dificultad de lograr un embarazo, y el término infertilidad es utilizado cuando se desarrolla el embarazo, pero el mismo se ve interrumpido en algún momento del período gestacional. Dentro de la literatura inglesa, el término infértil se refiere a la pareja que no logra alcanzar un embarazo, ya sea porque la mujer no puede procrear mediante los medios naturales (esterilidad), o cuando existen las posibilidades, pero el embarazo no ocurre (subfertilidad), o si el embarazo efectivamente se desarrolla, pero no culmina con el nacimiento de un bebé (Brugo-Olmedo et al., 2003).

Otros autores definen como infertilidad a la falta de aparición de un embarazo luego de 12 meses de mantener relaciones sexuales regulares sin protección anticonceptiva. Aunque en muchos casos no es posible evidenciar algún tipo de enfermedad o patología que la cause, el sufrimiento, que aqueja a las parejas imposibilitadas de concebir, son situaciones que han llegado a ser un verdadero problema para enfrentar por los médicos (Rojas Quintana et al., 2011).

La infertilidad puede ser primaria o secundaria. El primer término es empleado para describir a una pareja que nunca ha podido lograr un embarazo después de intentarlo durante al menos un año de mantener relaciones

sexuales sin barrera anticonceptiva. La infertilidad secundaria es aquella en que la mujer ha podido tener al menos un embarazo confirmado, aborto, parto y no es capaz de volver a concebir después de un año de relaciones sexuales sin protección (Rojas Quintana et al., 2011).

### **2.1.2 Causas frecuentes de Infertilidad**

Es una problemática común que afecta a una de cada seis parejas. Las causas del incremento en la prevalencia de la infertilidad son difíciles de establecer. Este aumento podría deberse por lo menos a cuatro factores centrales: postergación del momento en que se decide tener hijos, alteraciones en la calidad del semen debido a hábitos como el tabaquismo y el alcohol, cambios en la conducta sexual y eliminación de la mayoría de los tabúes (Brugo-Olmedo et al., 2003).

El estudio de la pareja imposibilitada de tener hijos, siempre se ha enfocado considerando diferentes factores: el ovulatorio (presente en alrededor de 20% de las parejas), el útero-tubárico-peritoneal (se observa en ~30% de las parejas), el de migración del semen (10% de los casos) y el masculino (30% de las parejas). Se estima que cerca de 40% de las parejas infértiles presentan una combinación de factores y aproximadamente el 15% no evidencia ninguna alteración objetiva que lleve a un diagnóstico definido. Durante las últimas dos décadas trascendieron tres cambios importantes en el enfoque de la infertilidad. En primer lugar, la introducción de las tecnologías de reproducción asistida, la cual brindó una oportunidad de estudiar los procesos reproductivos básicos. En una segunda instancia, han ocurrido cambios en la sociedad tales como un incremento en la proporción de mujeres mayores de 35 años que buscan el embarazo; este hecho obedece a que la gente se casa a edades

más tardías por diferentes factores y por lo tanto decide postergar el embarazo. En una tercera instancia, el desarrollo de la biología molecular y de la genética se han hecho muy importantes para el estudio, diagnóstico y evaluación de hombres y mujeres que tienen el deseo de ser padres, muchas de ellas consideradas hasta ahora como "parejas infértiles sin explicación" (Brugo-Olmedo et al., 2003).

Se puede decir que la infertilidad es una patología multifactorial, con lo cual su aparición puede deberse a una o más causas que la produzcan, algunas de ellas están relacionadas a los hábitos de vida poco saludables, agentes genéticos, cirugías en el aparato reproductor, tratamiento con quimioterapia y radioterapia, enfermedades autoinmunes y enfermedades de transmisión sexual. Cabe destacar que el 40% de parejas que asisten a una consulta por fertilidad pueden presentar una combinación de irregularidades, es decir, tanto la mujer como el hombre pueden padecer distintos factores que generan el diagnóstico. Por este motivo, se realizan los estudios para encontrar las causas, considerando tanto al hombre como a la mujer (Álvarez Lopez, 2018).

### **2.1.3 Factores de riesgo asociados a la infertilidad**

Es de vital relevancia dar a conocer cuáles son los factores de riesgo que llevan generalmente al diagnóstico de infertilidad femenina. La OMS considera la infertilidad como un problema de salud a nivel mundial. Se estima que el 15% de las parejas en edad reproductiva son infértiles, esto representa 60 a 80 millones de parejas con este diagnóstico. En América Latina los índices son cada vez más elevados de infertilidad secundaria (la misma refiere a la incapacidad de conseguir una gestación posteriormente a una concepción) la

cual da cuenta del fenómeno y las consecuencias de las inadecuadas condiciones de salud sexual y reproductiva. Un estudio en el 2013 destacó que el 4 % de las mujeres de entre 15 y 49 años son infértiles (Villanueva Ccoyllo & Roldan Arbieto, 2020).

Los factores que conllevan a la infertilidad aun no son claramente conocidos; estudios hechos en Asia, América Latina y el Medio Oriente revelan que los principales factores que predisponen a la infertilidad son: factor pélvico 35% (incluye enfermedad tubárica y endometriosis), factor masculino con anomalías en la producción de esperma 40%, factor cervical 7,5% y sin una causa conocida 5%. También, las mujeres en las últimas décadas han tenido un cambio en su perspectiva de vida, por lo que retrasan su maternidad por objetivos laborales y personales (Villanueva Ccoyllo & Roldan Arbieto, 2020).

Hay que mencionar además otros factores también vinculados a la patología de infertilidad los cuales son: trastornos autoinmunes, de la coagulación, defectos anatómicos del útero, trastornos de alimentación, obesidad y/o desnutrición, patologías endocrinas, endometriosis y defectos en el cérvix (Perez León et al., 2013).

A modo de síntesis, los principales factores de riesgo asociados a la infertilidad son:

- Edad materna mayor a 35 años: por diferentes motivos la mujer retrasa el momento de decidir tener un hijo, esto puede dificultar la posibilidad de quedar embarazada (Villanueva Ccoyllo & Roldan Arbieto, 2020).

- Dispareunia: se define como el dolor genital persistente asociado con la relación sexual, sin embargo, se sugiere que debe cambiarse a dolor al intento o penetración vaginal completa. Algunos especialistas consideran que el diagnóstico de dispareunia se refiere únicamente a una etiología orgánica, pero hay casos en los que se considera que es debido a factores mixtos: biológicos y psicológicos (Negrin Perez et al., 2010).
- Dismenorrea: se define como el conjunto de síntomas que aparecen al final del ciclo menstrual y que la mujer asocia al comienzo de la menstruación e inclusive durante la misma. La dismenorrea (etimológicamente “menstruación dificultosa” y en lenguaje clínico “menstruación dolorosa”) es uno de los cuadros cíclicos dentro de los procesos dolorosos pélvicos crónicos que presenta la mujer (Ortiz Ramirez et al., 2013).
- Enfermedad pélvica inflamatoria: Es un cuadro clínico que abarca procesos inflamatorios e infecciosos del tracto genital superior en la mujer, el cual incluye las siguientes condiciones: endometritis, salpingitis, peritonitis, absceso de trompas y ovarios. Cabe mencionar que dichos diagnósticos generalmente se encuentran combinados.
- Otro de los factores son el consumo de alcohol y drogas (Barrante Rodríguez, 2015).

#### **2.1.4 Técnicas de fertilización asistida**

Las técnicas de reproducción asistida son aquellas formas por las cuales el hombre interviene para realizar la fecundación, de manera artificial. Entre ellas se encuentran 2 grupos: por un lado, aquellas que se basan en la inseminación artificial y por otro las que se realizan fuera del cuerpo, llamadas también in vitro. Se entiende por inseminación artificial, la intervención médica mediante la cual se introduce el semen en el organismo femenino, con la finalidad de producir la fecundación. Por otra parte, está la intervención in vitro, en la cual se desarrolla todo un proceso desde la obtención del óvulo femenino y el espermatozoides masculino, hasta la implantación del óvulo fecundado en el útero de la mujer (Cubillos, 2013).

Las técnicas de reproducción asistida típicas incluyen:

- Fertilización in vitro y transferencia de embriones: en este caso se realiza mediante la obtención del semen, que puede obtenerse por medio de masturbación manual o mecánica o mediante un preservativo adaptado, se introduce con los óvulos obtenidos mediante aspiración, y permanece en una incubadora durante 48 horas hasta lograr la fertilización y una vez logrado el procedimiento se transfieren los embriones necesarios en el cuerpo de la mujer.
- Transferencia Intratubárica de Gametos: este procedimiento consiste en colocar en cada una de las trompas dos óvulos (los cuales pudieron extraerse mediante laparoscopia) y espermatozoides, para que la fecundación se produzca en las propias trompas, es decir, en el ámbito en que normalmente se produce la fecundación.

- Maternidad subrogada: producida por la utilización de técnicas de inseminación artificial o fecundación in vitro: el embrión de una pareja es implantado en el útero de otra mujer que lleva a cabo el embarazo y da a luz el hijo en beneficio de la pareja (Zannoni, 1989). La maternidad subrogada comprende también aquellos supuestos en que la mujer gestante es inseminada o fecundada con su propio óvulo y el aporte de semen de un hombre, asumiendo el compromiso de tener al hijo y entregarlo a la pareja conformada por el dador del semen y su esposa, renunciando a sus derechos maternos con fines de adopción (Lamicela, 2013).

En otro estudio realizado por Limiñana-Gras (2016) con relación a la Psicología Reproductiva, en el marco de la Psicología de la Salud, se trabaja en la atención, prevención, evaluación e intervención en los problemas psicológicos que tienen relación con la vida reproductiva (Limiñana-Gras, 2015). La dificultad de procreación supone una crisis importante en la vida de muchas personas, y como resultado se obtienen consecuencias para la salud (Moreno-Rosset, 2010). Las diferentes etapas de la vida y la multiplicidad de situaciones personales pueden producir cambios emocionales, los cuales pueden llegar a requerir de una ayuda más específica a estas dolencias y procurar atención psicológica.

La OMS define el diagnóstico de infertilidad como una de las enfermedades crónicas, evidenciando además el impacto psicológico que dicho diagnóstico produce y a raíz de esto la aparición de síntomas emocionales equivalentes a otras enfermedades crónicas (Domar et al., 1993).

Es necesario destacar las distintas fases del tratamiento y de las etapas o momentos que psicológicamente pasan estas parejas durante los tratamientos de fertilidad, para determinar el impacto que esto genera sobre su salud, como así también las necesidades que surgen en cada etapa (Moreno, 2010). Los procesos psicológicos relacionados a la reproducción humana, sus significados subjetivos, las características sociales, psicosociales y psicopatológicas de las parejas infértiles son temas que revisten especial atención. Los objetivos de la intervención psicológica cambian en función de la etapa en que se encuentren, y durante ésta, la evaluación y el tratamiento se realizará como parte de un mismo proceso, que permita conocer el estado de salud de las parejas y las estrategias y técnicas de intervención a llevar a cabo (Ávila & Moreno-Rosset, 2008). La intervención se puntualiza en los aspectos afectivos y también en los cognitivos y conductuales: manejo emocional, psicología positiva, habilidades de resolución de problemas, técnicas de respiración y relajación, reestructuración cognitiva, técnica de control del pensamiento, entre otras. El tratamiento cognitivo-conductual se centra en tratar de disminuir el estrés que es producto de las intervenciones médicas (Campagne, 2008).

Las técnicas anteriormente mencionadas, se utilizan con el fin de disminuir los niveles de ansiedad ante la realización de pruebas o tratamientos, ante la espera de resultados y de posibles fracasos repetidos, para ofrecer herramientas a las parejas ante las situaciones estresantes y sociales por las que suelen pasar (Limiñana-Gras, 2016).

### **2.1.5 Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad**

A los factores de riesgo biológicos nombrados anteriormente, se deben sumar otra serie de factores que también pueden ser potentes causantes del diagnóstico, uno de ellos es de riesgo psicológico, el cual es el estrés, que, aunque siempre se ha considerado una consecuencia de la infertilidad, puede ser también una causa de la misma. Si ante el diagnóstico de infertilidad, el estrés, se mantiene durante largos períodos de tiempo, se pueden producir alteraciones de los sistemas fisiológicos teniendo consecuencias en el área de la fertilidad ya que el estrés y la reproducción son controlados por sistemas similares por lo que hay altas posibilidades de interferencias recíprocas (Campagne, 2008, citado en Sanchez et al., 2018).

Antequera et al., (2008) exponen que ha habido casos de parejas que luego de realizar diferentes intervenciones de reproducción asistida sin éxito, han tenido la oportunidad de pensar y decidir adoptar un hijo y esa sola acción dio como resultado una importante disminución del estrés lo cual llevó a la mujer a la concepción de un hijo. A pesar de la existencia de diferentes estudios, la relación entre los estresores psicosociales y la función reproductiva no está definida (Fassino, et al., 2002).

Por lo explicado anteriormente, es de vital importancia comprender frente al diagnóstico de infertilidad, las diferentes respuestas de afrontamiento en las personas que lo padecen.

## **2.2 Estrategias de Afrontamiento**

### **2.2.1 Caracterización y evolución conceptual**

Lazarus y Folkman (1984, p.141; citados en Martin Díaz et al., 1997) definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Estos autores plantean el afrontamiento como un proceso dinámico en el que la persona, debe contar con estrategias defensivas, y con estrategias que sirvan para resolver problemas, todo mediado por los virulentos cambios del medio ambiente.

El afrontamiento es definido como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos son tanto psicológicos como conductuales (Martin Díaz et al., 1997).

Desde el punto de vista de los modelos cognitivos, según los estudios realizados por Martin Díaz et al., (1997), no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que la variable desencadenante de tal reacción es la interpretación que el individuo haga de tales situaciones. Dentro de los modelos cognitivos, el modelo de la valoración cognitiva ha alcanzado una importante relevancia.

Cano García et al., (2007), definen el afrontamiento de la desventura como un aspecto importante del funcionamiento personal. La gran explosión del afrontamiento como objeto de estudio se produjo con la "revolución cognitiva", especialmente a partir del trabajo de Lazarus y Folkman.

Según Lazarus y Folkman (1986) se distinguen dos grandes grupos de estrategias, las cuales son: Estrategias de Resolución de Problemas: éstas están dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar. Por otro lado, están las Estrategias de Regulación Emocional: que son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante la situación estresante y/o problema en cuestión (Vázquez Valverde et al., 2003).

Lazarus y Folkman (1986) mencionan 8 estrategias diferentes para afrontar los problemas que pueden enmarcarse dentro de las dos categorías anteriormente descritas. Éstas son:

1. Confrontación: intentos de gestionar la situación mediante acciones directas, agresivas, e incluso arriesgadas.
2. Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. Distanciamiento: intentos de evitar el problema, tratando de no pensar al respecto.
4. Autocontrol: denota los propios esfuerzos para controlar sentimientos y emociones.
5. Aceptación de responsabilidad: reconocer el rol que se tuvo en la génesis o mantenimiento de la problemática.
6. Escape-evitación: empleo de pensamientos alternativos o conductas evitativas de la situación.
7. Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos beneficiosos que pueden desprenderse aún de situaciones en principio estresantes.

8. Búsqueda de apoyo social: recurrir a seres significativos de uno en procura de apoyo, escucha o contención (Vázquez Valverde et al., 2003).

A posteriori de las investigaciones y conceptualizaciones desarrolladas por Lazarus y Folkman (1986), se construyeron diferentes escalas para estudiar las respuestas de afrontamiento que tenían como base este modelo cognitivo de afrontamiento. Entre ellas, la empleada como instrumento en esta investigación (ver apartado de Metodología).

### **2.2.2 Estrategias de afrontamiento utilizadas ante el estrés**

En este contexto se puede plantear desde la perspectiva del modelo de Lazarus y Folkman, (1986), la aparición del estrés y otras reacciones emocionales, las cuales están atravesadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, en una primera instancia sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y en una segunda instancia, si la valoración es de amenaza, el sujeto valora los recursos de los cuales dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria) (Martin Díaz et al., 1997)

Es por esto por lo que las estrategias de afrontamiento actúan como estabilizadores que ayudan a un sujeto a mantener niveles que puedan ofrecer una adaptación a la situación estresante o que generan tensión. Por eso se definen como esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza un sujeto para manejar las demandas que le resultan desbordantes, con el fin de reducir la tensión (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). Comúnmente, el afrontamiento puede estar centrado en el problema y/o en la emoción, y elegir entre estrategias de aproximación o de evitación. No hay estipulada una forma más adaptativa y/o propicia, ya que esto dependerá del contexto y de otras

cuestiones que intervienen en la evaluación que realiza la persona (Lazarus & Folkman, 1984; Moos, 1993).

Como ya se refirió con antelación, es importante destacar la importancia que tiene la valoración que el individuo le da a la situación a enfrentar. Existe una valoración primaria, consistente en saber si el hecho es positivo o no y valorar las consecuencias que pueda traer aparejado. En segundo lugar, se produce una valoración secundaria en la que el objeto a analizar son las capacidades con las que cuenta el organismo para afrontarlo y serán los que comúnmente tendrán más probabilidad de manifestar reacciones de estrés. Por lo tanto, los modelos actuales de estrés conllevan al resultado de una continua transacción entre las presiones que la persona percibe del medio (interno o externo) y los recursos de afrontamiento que considera disponibles y activables (Vázquez Valverde, et al. 2003).

Continuando con el tema, las estrategias de afrontamiento tienen la tarea de precisar y analizar cómo se enfrentan las personas ante elementos estresantes tales como: enfermedades crónicas, ritmo de trabajo excesivo o sucesos vitales estresantes como la pérdida del trabajo o, como en el caso de esta investigación, un diagnóstico de infertilidad (Stanton & Dunkel-Schetter, 1991).

### **2.2.3. El estrés en relación al diagnóstico de infertilidad**

En una investigación realizada por Cañas Pardo et al. (2020) se introduce el tema que refiere al complejo proceso de convertirse en padres, y el cual puede ser interpretado para muchas parejas como una acción esencial de la vida. Es importante destacar que la infertilidad como diagnóstico puede producir un factor de estrés significativo para la vida de estas personas las

cuales sufren a razón de este diagnóstico. Una de las opciones para éstas es someterse a tratamientos de fertilidad, pero esto también puede convertirse en un factor de estrés.

Los estudios realizados con relación a este tema coinciden en que el diagnóstico de infertilidad y el tratamiento de reproducción asistida será para la pareja infértil un proceso estresante que puede llevar a ocasionar otras problemáticas tales como alteraciones emocionales y trastornos del ánimo. Entre las alteraciones psicológicas más relacionadas a la infertilidad y su tratamiento se han descrito la depresión, el sentimiento de culpa y la ansiedad. También se han registrado otros llamados de alerta, tales como: agresividad, miedo, descontento, celos, falta de autoestima, enfermedades somáticas, dificultades en las relaciones interpersonales, falta de confianza, etc. Los tratamientos de infertilidad traen aparejado un importante impacto emocional que actúa como estresor confluyendo en otros problemas psicológicos. En este sentido, es importante destacar la relevancia de las intervenciones psicológicas, las cuales deben hacer foco en dar apoyo y contención a las parejas, brindando herramientas para lidiar con el estrés asociado a la infertilidad y a su tratamiento (Cañas Pardo et al., 2020).

Continuando con el tema, en una investigación realizada por Barra Almagiá et al., (2012) también se expresa que el diagnóstico y tratamiento con técnicas de reproducción asistida representan un complejo proceso estresante, con diversas manifestaciones emocionales, que pueden llegar a ocasionar trastornos del ánimo. Es por esto necesario realizar una evaluación psicológica con el fin de detectar los principales problemas que ocasiona el diagnóstico, y proponer un tratamiento con intervenciones adecuadas para abordar este problema de salud. Frente al diagnóstico, el individuo pone en marcha

Estrategias de Afrontamiento las cuales pueden apoyar y ayudar a afrontar este suceso vital estresante. Moreno-Rosset, et al. (2009) dieron cuenta que la sintomatología más frecuente en pacientes con este diagnóstico es ansiosa y depresiva y utilizan mayormente como estrategias de afrontamiento las de tipo evitativas, resultando especialmente negativas para el ajuste de los pacientes tanto al diagnóstico como a la adherencia al tratamiento. Por otra parte, la utilización de estrategias de afrontamiento activas se relacionaría con la presencia de recursos interpersonales (Rodríguez- Marín, Pastor & López-Roig, 1993).

En cuanto a los factores asociados al afrontamiento de la infertilidad y los procesos de reproducción asistida, se pueden mencionar también características de personalidad. Entre las cuales se encuentra la denominada “personalidad resistente” la cual se compone por tres rasgos centrales: compromiso, control y desafío (Peñacoba & Moreno, 1998). El compromiso está relacionado a la tendencia de implicarse en las actividades de la vida, tales como: el trabajo, las relaciones interpersonales, la asistencia a instituciones sociales, etc. Las personas con compromiso tienen habilidades tales como el deseo de enfrentarse de manera exitosa a las situaciones que puedan producirle estrés. La característica de control se refiere a pensar y actuar frecuentemente con la convicción de influir en sí mismo de acuerdo al curso de los acontecimientos. El desafío está relacionado a la capacidad de entender el cambio como una oportunidad de incentivo y crecimiento personal. La personalidad resistente funcionaría como un modulador que reduce la probabilidad de estresarse quitando las consecuencias negativas (Hernández, 2009; Latorre, 2008; citados en Barra Almagiá, et al., 2012). Este patrón conductual que ofrece como resultado la motivación necesaria para afrontar las

circunstancias estresantes y convertirlas en algo positivo se vincula directamente a la capacidad de resiliencia (Maddi, 2006). Por otra parte, Jenaro et al. (2008), con relación a la personalidad resistente dan cuenta del efecto protector de las situaciones estresantes, y lo vinculan a un mayor apoyo social, amparado en las estrategias de afrontamiento fijadas en la resolución de problemas y en la convicción de bienestar personal (Barra Almagiá et al., 2012).

#### **2.2.4 Estrategias de Afrontamiento, apoyo social y características de personalidad en mujeres con Diagnóstico de Infertilidad.**

El apoyo en la pareja parece ser de vital importancia en el proceso que lleva la adaptación y afrontamiento de la infertilidad y de aquellos tratamientos a los cuales deban someterse, con el fin de que se produzca la concepción. Además, ha sido demostrada la influencia del apoyo social para mitigar el estrés (Barrón, 1996) y la eficacia del apoyo de tipo emocional para garantizar un adecuado proceso de ajuste y adaptación a la enfermedad crónica (Jenaro Río, et al., 2008).

Continuando con la exposición de factores asociados al afrontamiento eficiente de la infertilidad y de los tratamientos de fertilización asistida, es posible describir características de personalidad que han sido estudiadas, aunque los trabajos en esta línea son escasos. Entre estos recursos personales se han de destacar determinadas características de personalidad tales como el optimismo y la percepción de control sobre los acontecimientos (Maddi y Kobassa, 1984). Un patrón de personalidad resistente ofrecerá como resultado la motivación para poder desafiar las circunstancias estresantes y mediante la capacidad de resiliencia tener la posibilidad de transformar la situación en un aspecto positivo que ofrezca crecimiento (Seligman &

Csikszentmihalyi, 2000, Bonanno, 2004; Maddi, 2006). De ese modo se describe así un efecto protector de las situaciones estresantes, ya que se vincula directamente con el apoyo social/familiar, con el desarrollo de estrategias de afrontamiento centradas en la resolución de problemas y con mayor equilibrio personal. Se deben destacar los estudios que demuestran la relación entre personalidad resistente y afrontamiento; en este sentido el optimismo se vincula a constructos tales como el bienestar y la calidad de vida (Avia & Vázquez, 1999).

Es posible afirmar que las personas con una tendencia hacia el optimismo son más resistentes a las influencias del estrés y por consiguiente mantienen un mejor estado de salud. El optimismo se ha encontrado asociado a las estrategias de afrontamiento eficaces en momentos en los que el sujeto se enfrenta a situaciones que representan una amenaza de vida (Maddi & Hightower, 1999). Es de relevancia destacar que si el sujeto tiene mayor sensación de control sobre el entorno puede bajar los niveles de estrés y ansiedad (Dobson & Pusch, 1995; citados en Jenaro Rio et al., 2008).

Para finalizar, es importante destacar las consecuencias psicológicas de la infertilidad y en tanto tener en cuenta la descripción de la experiencia emocional de las personas que sufren este diagnóstico. Los estudios psicológicos de parejas infértiles permiten observar que esta condición constituye una amenaza al proyecto de vida de estas personas, altera su funcionamiento social, afecta la autoestima, y otros aspectos de la vida de la pareja. Esto también pone en evidencia la diversidad de respuestas psicológicas a la infertilidad (Domínguez, 2002).

Continuando con lo anteriormente dicho, otros autores señalan que la autoestima, en tanto, expresa un recurso de afrontamiento o estilo de conducta

de afrontamiento por parte del individuo. Supone que la autoestima tiende a brindar respuestas tales como bienestar, potencializando la estrategia de afrontamiento del sujeto ante el medio y/o situación a la que debe adaptarse, con la finalidad de ampliar la valoración de sus capacidades y su valía personal (Carreño Meléndez, 2011).

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, es menester conocer los niveles de autoestima en mujeres que padecen de Infertilidad.

## **2.3 Autoestima**

### **2.3.1 Construcción conceptual de la Autoestima**

La autoestima es considerada como uno de los conceptos más estudiados y antiguos de la psicología científica. Dicho vocablo fue introducido por William James en 1890 (James, 1890) y desde aquel momento fue objeto de notables investigaciones teóricas y estudios empíricos. Respecto de la definición conceptual se describe como actitud acerca del sí mismo que está vinculada con las creencias personales sobre las habilidades propias del ser, las relaciones sociales y los logros futuros (Góngora & Casullo, 2009).

Dichas autoras plantean que los estudios de la autoestima en general se centraron mayormente en dos niveles: autoestima alta y autoestima baja.

La alta autoestima es funcional para que la persona tenga recursos para sobrellevar situaciones estresantes y/o poder superar otras que le sean traumáticas. Estas personas poseen un bienestar general respecto a sí mismas, a su vida y a su futuro. También se evalúa un mejor desempeño laboral, y gran capacidad para resolver situaciones y/o problemas, extraversión, autonomía y autenticidad, a la vez que varios tipos de fenómenos

interpersonales positivos: conducta prosocial, satisfacción en las relaciones y desempeño positivo en grupos.

De forma contraria, la baja autoestima se asocia a características tales como: hipersensibilidad, evitación de riesgos, depresión, pesimismo, inestabilidad, timidez, falta de autoconfianza, alienación, entre otras (Góngora & Casullo, 2009).

Rosenberg (1965; citada en Góngora & Casullo, 2009) define a la autoestima como una actitud positiva o negativa hacia el sí mismo. Entiende a la autoestima como una cuestión actitudinal fundada por esquemas culturales y sociales. El nivel de autoestima se relaciona con la percepción que la persona tiene sí misma en comparación con los valores personales.

En sintonía con lo anterior, existen otros autores que definen a este constructo de una manera similar a la propuesta por Rosenberg. A modo ilustrativo pueden por ejemplo citarse las conceptualizaciones de Branden (1995) y (Coopersmith (1996), verdaderos referentes en el tema. A saber:

Branden (1995) entiende a la autoestima como una experiencia fundamental que permite llevar una vida significativa en concordancia con los ideales del individuo. De esta manera, puede decirse que implica la capacidad del ser humano para poder enfrentar los desafíos básicos de la vida, la confianza en sus potencialidades y el derecho a afirmar las propias necesidades y carencias, procurando alcanzar ciertos principios morales.

Coopersmith (1996), manifiesta que la autoestima implica una autoevaluación que el individuo hace y conserva generalmente de sí mismo, denotando una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que un sujeto se considera a sí mismo capaz, productivo, importante y digno.

### **2.3.2 Niveles de autoestima**

#### **2.3.2.1 Autoestima Alta**

Según Branden (1997) la autoestima alta puede definirse como la estima e imagen que la persona tiene de sí, considerándose apta o digna de la estima de los demás, se respeta por lo que es, comparte su propia integridad y honestidad, tiene confianza en su propia competencia y convicción en sus decisiones. La autoestima alta, en definitiva, consiste en reconocer sus capacidades propias como así también sus limitaciones.

En síntesis, como se ha dicho, una autoestima elevada ayuda a tener un estado de bienestar con uno mismo, aprendiendo a tomar decisiones que enriquezcan la propia vida; a proporcionar herramientas para socializar, y coadyuva a tener una mente clara y abierta (Benites Salazar, 2019).

#### **2.3.2.2 Autoestima Media**

Coopersmith (1996; citada en Benitez Salazar, 2019) afirma que la autoestima media presenta ciertas semejanzas con la autoestima alta, pero en menor magnitud, si bien, en otros casos, muestran conductas inapropiadas que expresan dificultades en el autoconcepto. Su comportamiento puede ser positivo, optimista y ser capaz de aceptar críticas, pero pueden mostrar tendencia a sentirse inseguros con su persona y pueden depender de la aprobación social. Son personas que pretenden ser fuertes ante los demás, con confianza en sí mismas, pero en ciertos momentos ésta puede ceder.

#### **2.3.2.3 Autoestima baja**

Según Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1998) las personas con niveles bajos de autoestima expresan sentimientos de inseguridad e inferioridad que

los llevan a sentir envidia y celos de lo que otros poseen, manifestándose con actitud de tristeza, depresión o bien, con actitudes de ansiedad, miedo y/o rencor.

Las personas con autoestima baja tienden a sentirse aisladas, indignas de amor y débiles. Asimismo, son pesimistas, y presentan tendencia a aferrarse a situaciones conocidas y seguras (Benítez Salazar, 2019).

### **2.3.3 La autoestima en mujeres con diagnóstico de infertilidad**

Según Carreño Meléndez et al. (2011) es importante comprender los cambios que sufren las mujeres con infertilidad, la modificación en el estado de ánimo, los distintos tipos de reacciones ansiosas y depresivas y, aunque la relación no siempre es directa o lineal con la autoestima, algunas manifestaciones se reflejan en ella, ya que, una baja autoestima y/o bajo nivel de autovaloración, si bien no determina una condición para presentar algún síntoma que denote una presencia de diagnóstico psicopatológico, no obstante, sí puede ser un indicador de conflicto psicológico.

Conforme lo anteriormente dicho, nos adentramos en los conflictos “psicológicos” pudiendo definir algunos ejes centrales, como lo es la ansiedad rasgo, la cual obedece a interpretar e incorporar la realidad, ya que la percepción y la realidad para cada sujeto es de carácter impredecible, es una construcción que cada uno realiza mediante las experiencias de hechos vividos, no sobre lo cual no hay demasiado control. Relacionado a esto, se encuentran algunos factores que la explican, como ser: la falta de asertividad, estrategias de afrontamiento de tipo evitativo y, como factor común, una autoestima baja. En cuanto a las dimensiones de autoestima, se puede analizar la autovaloración como así también el grado de bienestar psicológico en el rol

social del sujeto. Si se relaciona la autoestima con la salud psicológica, pensar en una merma en ella puede conllevar inevitablemente a alteraciones psicológicas sobre todo teniendo en cuenta otro tipo de variables de carácter personal y relacionado al ambiente social (Carreño Meléndez et al., 2011).

### **2.3.4 Consecuencias psicológicas de la autoestima**

Luego de haber definido los diferentes niveles de autoestima y las consecuencias psicológicas en la población estudiada frente al diagnóstico de infertilidad, es atinente conocer las posibles patologías que puedan desarrollarse a partir de una alteración en ella.

Un estudio realizado por Polaino Lorente (2000), trata la autoestima como una manifestación propia de la condición humana, vinculada a la naturaleza de la persona; y en tanto, procuró indagar las alteraciones de ésta y su subsiguiente devenir patológico. La autoestima está ligada a la aceptación de sí mismo y, por consiguiente, de no estar satisfecha en todos sus aspectos, puede producir comportamientos anómalos. Los trastornos menores de autoestima son los que acontecen en personas que no padecen un trastorno psicopatológico grave o específico, por lo que las alteraciones de la autoestima en este caso suelen estar más relacionadas con la personalidad y su desarrollo, formas en la crianza y educación, situaciones familiares y las dificultades en el contexto sociocultural.

Por otra parte, los trastornos psicopatológicos mayores, y en tanto la alteración de la autoestima, estará ligada a la patología central que la persona padezca. Es preciso decir que, en la gran mayoría de las enfermedades psiquiátricas, la autoestima se encuentra alterada en niveles altos y/o bajos. Por esto, es importante relacionar los diferentes trastornos donde se ve

expresamente alterada la autoestima, como por ejemplo el déficit de autoestima en la enfermedad depresiva que es, sin duda alguna, uno de los trastornos psicopatológicos con mayores resultados, puesto que a través de ellos se han podido configurar más específicamente determinados paquetes de intervención en la terapia cognitiva de la depresión (Polaino Lorente, 2000).

Continuando con el tema, Carreño Meléndez (2011), postula que la baja autoestima no predice necesariamente un grado elevado de depresión. Es la reacción de la autoestima ante los problemas la que origina dando riesgo de generar depresión. El apoyo social permite ayudar y hacer frente a las situaciones estresantes y mitigar la afección, promocionando el bienestar psicológico. Cuando el número de eventos estresantes aumenta, se altera de forma inesperada el estado de ánimo, la resistencia del individuo para afrontar las diferentes situaciones vitales queda vulnerada y es ahí que aparecen los síntomas de depresión.

En lo que a esta investigación específicamente concierne, las distintas investigaciones en población femenina con infertilidad denotan que alrededor del 42% padece de una autoestima baja; aunque sólo el 27% reporta alteraciones en la salud psicológica asociadas con otras variables. Es importante destacar que, para la mujer infértil en tratamiento, la maternidad es fundamental para definir su identidad como mujer. Cuando esto fracasa de manera reiterada, esa identidad se ve fuertemente afectada, y de ahí se ejerce un cuestionamiento en su propia valoración; por efecto reportará una valoración baja de sí misma (Carreño Meléndez, 2011).

En conclusión, es relevante conocer la valoración que la persona tiene de sí misma, ya sea en la baja autoestima o el bajo autoconcepto, dado que a través de ella se vislumbran manifestaciones reactivas de origen psicológico

que ofician como punto de partida vislumbrando que la paciente en tratamiento de infertilidad está sufriendo modificaciones que le impiden mantener más seguridad y confianza en sus decisiones. Esta situación puede desencadenar en: baja adherencia terapéutica, abandono del tratamiento, consultas médicas innecesarias por manifestaciones de ansiedad y depresión reactiva al problema de esterilidad (Carreño Meléndez, 2011).

# **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de estudio y diseño**

La presente investigación es no experimental, de alcance correlacional y descriptivo, de enfoque cuantitativo, y corte transversal.

#### **3.2 Participantes**

Las participantes encuestadas fueron 80 mujeres de 29 a 50 años residentes en el Conurbano Bonaerense y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El tipo de muestreo adoptado fue no probabilístico intencional y los criterios de inclusión, es decir los requisitos para ser parte de la muestra fueron: ser mujer y presentar diagnóstico de infertilidad y/o no haber podido concretar el embarazo después de un año de vida sexual activa, sin uso de métodos anticonceptivos.

En cuanto a criterio de exclusión se tomó en consideración aquellas mujeres que, aun cumpliendo los criterios de inclusión, se opusieron a firmar el consentimiento informado.

#### **3.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos**

El protocolo de evaluación aplicado incluyó un Registro de Datos Sociodemográficos, el Inventario de Respuestas de Afrontamiento [CRI-A] (Moos ,1993: adaptación argentina: Mikulic,1998) Y la escala de Autoestima de (Rosenberg, 1965) que se describen a continuación:

### **3.3.1 Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A (Moos, 1993; adaptación Mikulic & Crespi, 2008).**

El Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A es una técnica de autoinforme que evalúa las estrategias de afrontamiento implementadas por un sujeto ante un estresor o problema reciente, descrito por el propio sujeto y en función del cual debe responder. Para este estudio se adecuó la consigna especificando que la descripción del problema estuviera referida a la experiencia de infertilidad, y así favorecer que las respuestas reflejen el modo de afrontar esa situación particular. El inventario consta de dos partes. La primera se compone de 10 preguntas mediante las cuales el sujeto valora el grado de predictibilidad, novedad, y percepción de amenaza/desafío en base a 4 opciones de respuestas (0 = No a 3 = Sí, bastante a menudo). La segunda parte incluye 48 ítems que también se responden según una escala de respuesta de 4 opciones (0 = No a 3 = Sí, bastante a menudo) y permiten medir 8 estrategias de afrontamiento (cada una compuesta por 6 reactivos):

- **Análisis Lógico [AL]:** refiere a intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias.
- **Revalorización Positiva [RP]:** mide intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.
- **Búsqueda de Orientación y Apoyo [BA]:** incluye intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación tanto en personas cercanas como en el entorno social más amplio.
- **Resolución de problemas [RPr]:** evalúa intentos conductuales de realizar acciones dirigidas directamente al problema.

- Evitación cognitiva [EC]: alude a los intentos cognitivos vinculados a evitar pensar en el problema de forma realista.
- Aceptación/Resignación [AA]: refiere a aquellos intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo con resignación.
- Búsqueda de Gratificaciones Alternativas [BG]: incluye intentos conductuales de involucrarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.
- Descarga Emocional [DE]: intentos conductuales dirigidos a reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos.

El CRI combina dos perspectivas al evaluar el afrontamiento. Por un lado, considera la orientación o foco del afrontamiento (aproximación - evitación), y por otro, el método (cognitivo - conductual). El afrontamiento por aproximación se focaliza en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y/o conductuales para manejar o resolver los estresores vitales (escalas AL, RP – BA, RPr). En cambio, el afrontamiento por evitación refleja intentos cognitivos y/o conductuales para evitar pensar en el estresor y sus consecuencias, o para manejar el afecto asociado al mismo (escalas EC, AA – BG, DE). Para la versión del CRI adaptada a nuestro país (Mikulic, 1998), los coeficientes de consistencia interna de las escalas específicas han resultado adecuados y también para las escalas globales: Aproximación ( $\alpha = .81$ ), Evitación ( $\alpha = .79$ ), Cognitiva ( $\alpha = .76$ ), Conductual ( $\alpha = .77$ ). Los datos para esta muestra indican niveles de consistencia interna similares para las escalas globales (entre  $\alpha = .62$  y  $\alpha = .86$ ), aunque algo menores para las específicas (entre  $\alpha = .37$  y  $\alpha = .75$ ).

### **3.3.2 Escala de autoestima de Rosenberg**

Se consideró que la escala de Rosenberg (1965) es el instrumento preciso para evaluar la población definida como grupo de estudio, debido a que los ítems expresan la mirada que se ha de tomar en esta investigación relacionada con el diagnóstico de Infertilidad.

Con respecto a la validación en Argentina: numerosos estudios han probado las cualidades psicométricas de la escala (Hagborg, 1993; Pullmann & Allik, 2000; Rosenberg, 1979; Vázquez Morejón, Jiménez Garcia Boveda, & Vázquez Morejón Jiménez, 2004).

La escala fue diseñada para ser una medida unidimensional de autoestima. Ésta sirve para evaluar tanto población general como clínica. Esto es acorde a lo propuesto por Rosenberg y conforme a una amplia cantidad de estudios internacionales que corroboraron la estructural factorial unidimensional (Martin-Alboetal., 2007; Miyamoto et al., 2001; Rosenberg, 1979; Schmidt & Allik, 2005).

Consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada. Tiene cuatro opciones de respuesta que van desde extremadamente de acuerdo (4) a extremadamente en desacuerdo (1). Consta de 5 ítems directos y 5 inversos (Ítems inversos: 6, 7, 8, 9 y 10)

Con respecto a la confiabilidad y validez, los niveles de consistencia interna, coeficientes alfas 0.70 y 0.78, son adecuados y conforme a los estudios de Schmitt y Allik (alfas entre 0.58 y 0.90) (Schmidt & Allik, 2005).

### **3.4 Procedimiento**

En primera instancia se confeccionó el protocolo a administrar. Luego se establecieron los contactos por medio de instituciones, redes sociales dedicadas a la orientación, asesoramiento y/o tratamiento de personas con infertilidad. Se realizaron las respectivas gestiones y se solicitaron las autorizaciones para la recolección de la muestra. La administración se llevó a cabo, en parte, a través de la plataforma Google Forms y, en otros casos, de forma presencial, siendo la participación voluntaria y garantizándose el anonimato y confidencialidad de la información recabada.

Posteriormente, los datos recolectados fueron procesados y sistematizados con el SPSS Versión 22.0.

# CAPÍTULO IV

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Caracterización de la muestra

Gráfico 1. Distribución de la variable Estado Civil

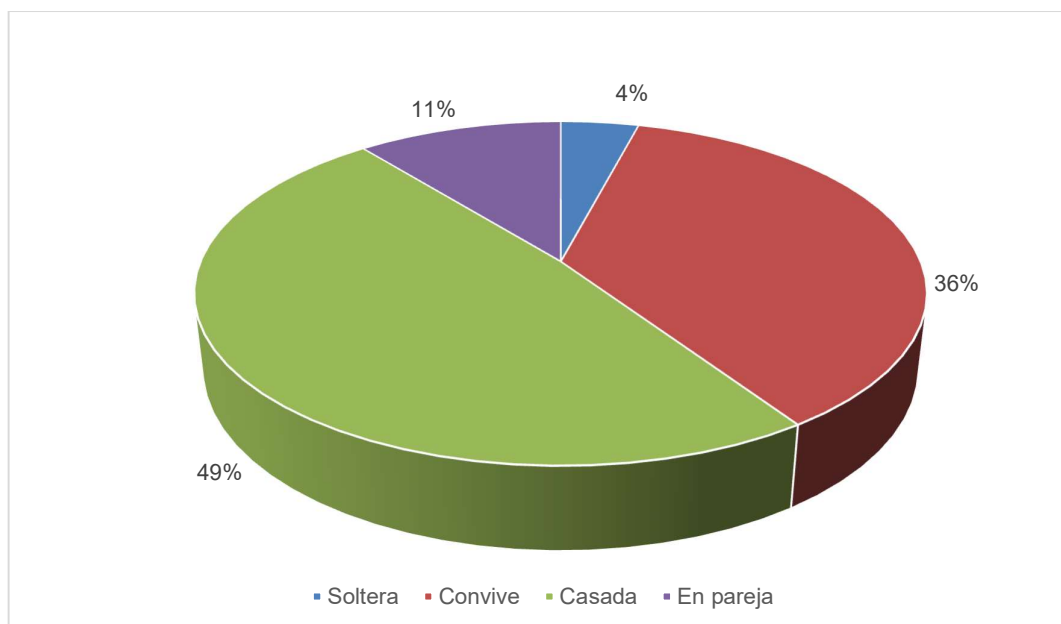


Gráfico 2. Distribución de la variable Tratamiento de Fertilidad

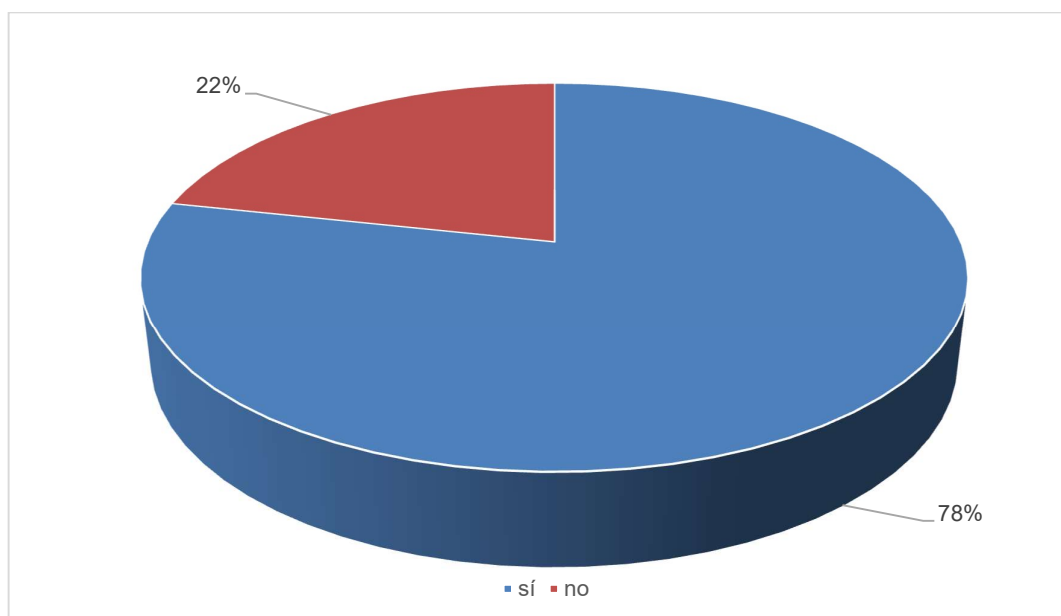


Gráfico 3. Distribución de la variable Tipo de Tratamiento

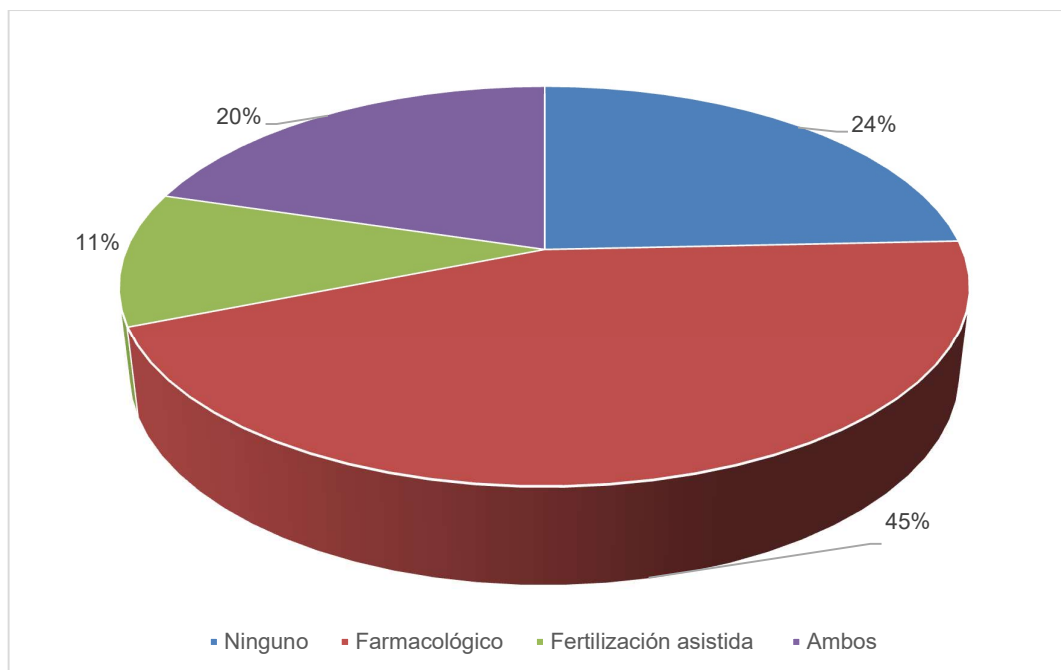


Gráfico 4. Distribución de la variable Cantidad de Tratamientos Realizados

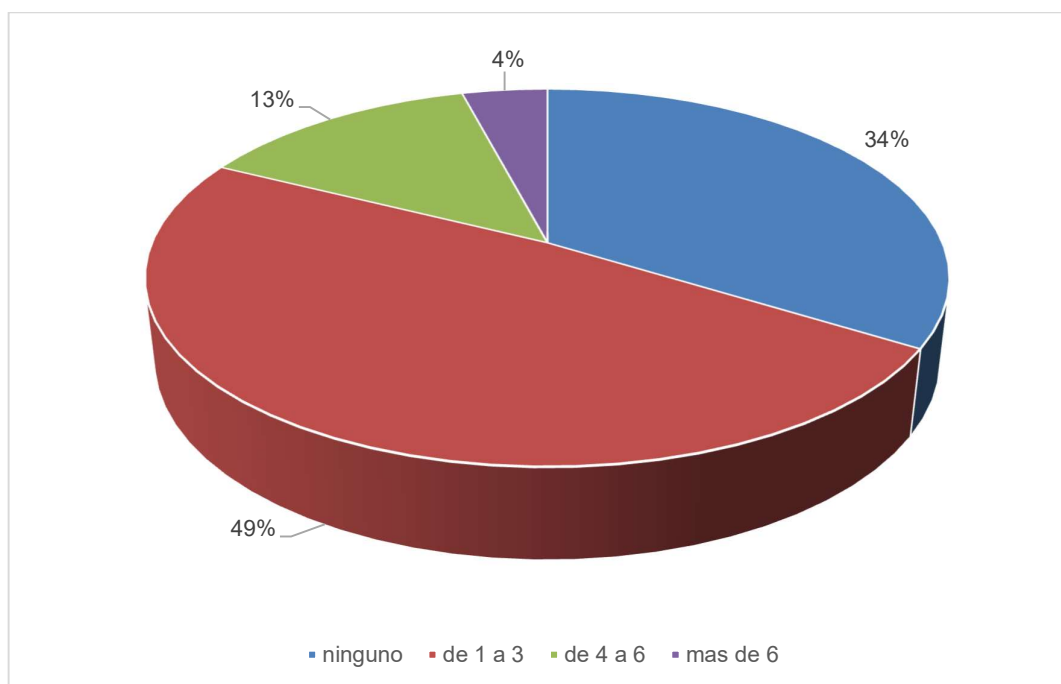


Gráfico 5. Distribución de la variable Pérdidas de Embarazos Naturales

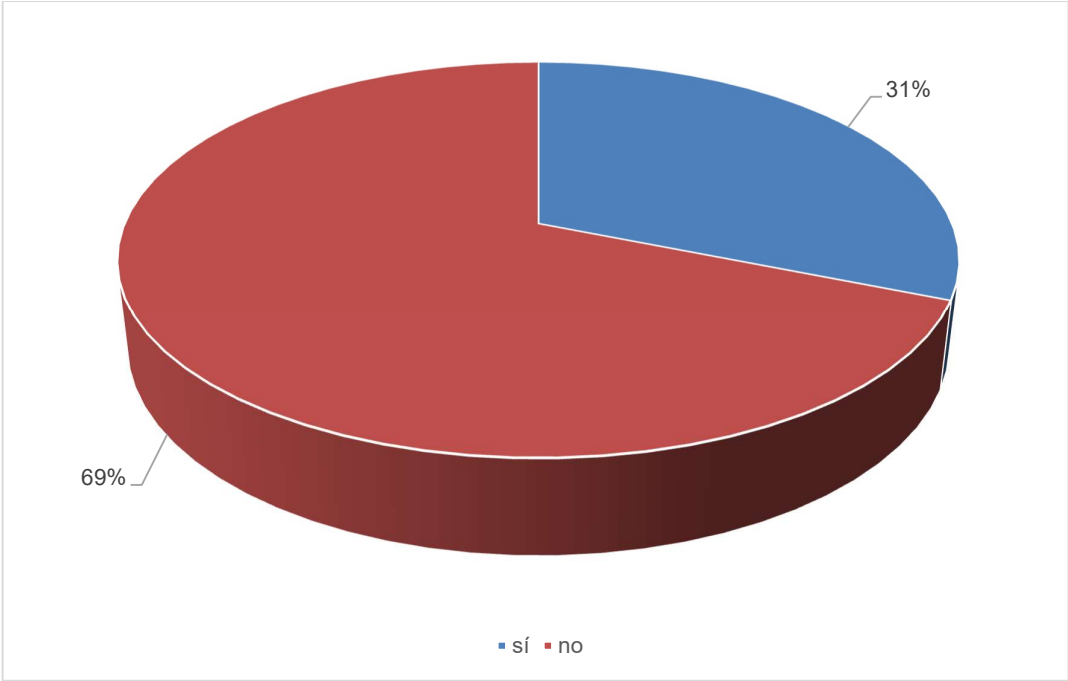


Gráfico 6. Distribución de la variable Pérdidas de Embarazos en Tratamiento

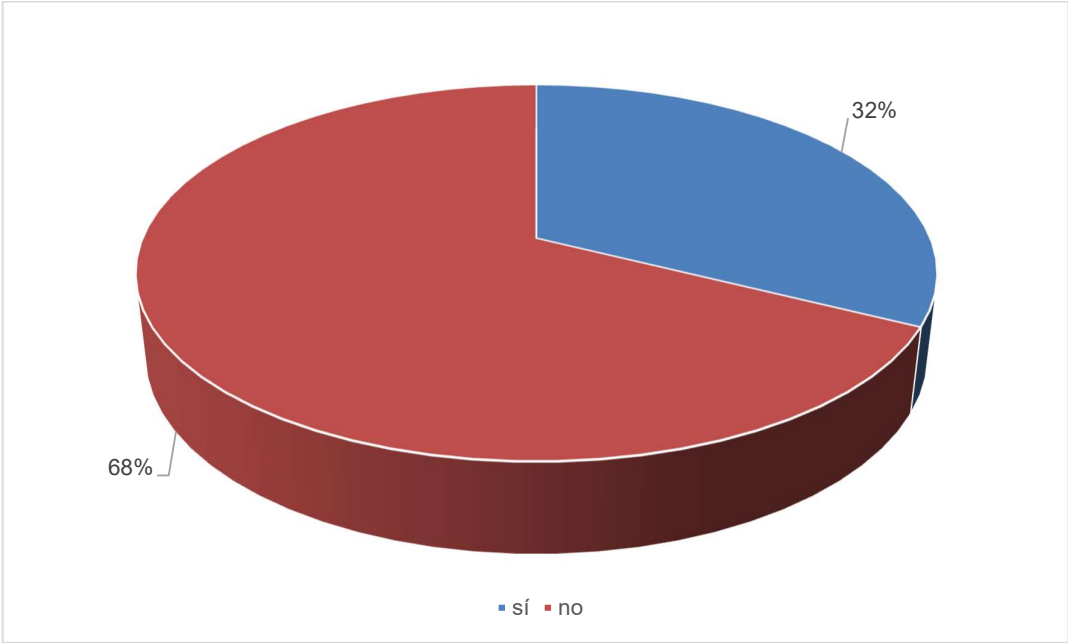


Gráfico 7. Distribución de la variable Apoyo Familiar y Social

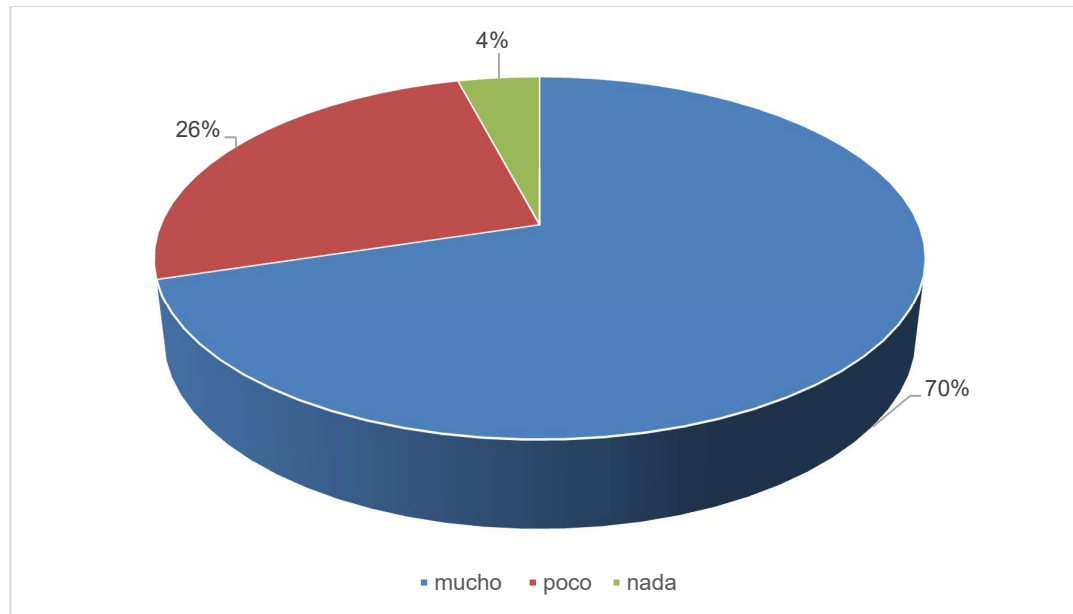
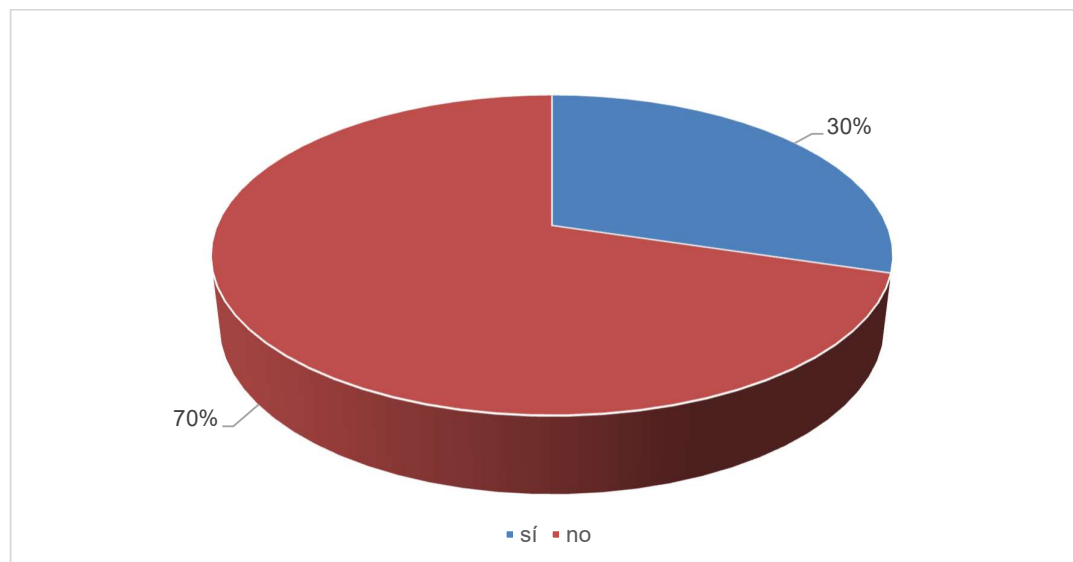


Gráfico 8. Distribución de la variable Tratamiento Psicológico



## 4.2 Descripción de las variables

### 4.2.1 Descripción de las Estrategias de Afrontamiento

Tabla I. Valores promedio en Estrategias de Afrontamiento

| Estrategias de Afrontamiento | Media |
|------------------------------|-------|
| Aproximación al problema     | 54,8  |
| Conductuales                 | 51,9  |
| Cognitivas                   | 45,9  |
| Evitativas                   | 43,1  |

A partir de la observación de la Tabla I se vislumbra que las mujeres con Diagnóstico de Infertilidad muestran como Estrategia de Afrontamiento predominante la Aproximación al problema.

### 4.2.2 Descripción de los Niveles de Autoestima

Tabla II. Descripción de los niveles de Autoestima

| Variable              |          | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|----------|------------|------------|
| Niveles de Autoestima | Bajos    | 42         | 56,7%      |
|                       | Medios   | 29         | 39,2%      |
|                       | Elevados | 3          | 4,1%       |

En la mayoría de las mujeres con diagnóstico de infertilidad predomina el bajo nivel de Autoestima.

### 4.3 Cruce de variables

#### 4.3.1 Análisis de normalidad

Tabla III. Prueba de Normalidad

| Variable                                | Significación |
|-----------------------------------------|---------------|
| Autoestima                              | ,036          |
| Estrategias de aproximación al problema | ,000          |
| Estrategias evitativas                  | ,011          |
| Estrategias cognitivas                  | ,001          |
| Estrategias conductuales                | ,000          |

Ninguna de las variables estudiadas siguió un patrón de distribución normal.

#### 4.3.2 Análisis de la relación entre variables

Tabla IV. Relación entre Autoestima y Estrategias de Afrontamiento

| Variable   | Estrategias de Afrontamiento | Rho   | Significación |
|------------|------------------------------|-------|---------------|
| Autoestima | Aproximación al problema     | -,078 | ,491          |
|            | Estrategias evitativas       | ,094  | ,408          |
|            | Estrategias cognitivas       | ,043  | ,704          |
|            | Estrategias conductuales     | -,042 | ,710          |
|            |                              |       |               |

Prueba utilizada: Rho de Spearman

No existe relación entre la autoestima y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las participantes.

#### 4.3.3 Análisis de las variables sociodemográficas

##### 4.3.3.1 Análisis de las Estrategias de Afrontamiento en función de las variables sociodemográficas contempladas.

#### 4.3.3.1.1 Análisis de la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y la variable sociodemográfica Edad.

Tabla V. Relación entre Estrategias de afrontamiento y Edad

| Variable                                | Edad  | Significación |
|-----------------------------------------|-------|---------------|
| Estrategias de Aproximación al problema | -,006 | ,961          |
| Estrategias evitativas                  | ,157  | ,182          |
| Estrategias cognitivas                  | ,131  | ,265          |
| Estrategias conductuales                | ,014  | ,906          |

Prueba utilizada: Rho de Spearman

No existe relación estadísticamente significativa entre la edad y las Estrategias de Afrontamiento de los encuestados.

#### 4.3.3.1.2 Análisis de las diferencias entre las Estrategias de Afrontamiento y la variable sociodemográfica Estado Civil.

Tabla VI. Diferencias entre Estrategias de Afrontamiento y Estado Civil

| Estrategias de afrontamiento | Estado Civil | Rango Promedio | Significación |
|------------------------------|--------------|----------------|---------------|
| Aproximación al problema     | Soltero/a    | 17,50          | ,188          |
|                              | Convive      | 42,85          |               |
|                              | Casado       | 36,17          |               |
|                              | En Pareja    | 32,94          |               |
| Estrategias evitativas       | Soltero/a    | 16,00          | ,276          |
|                              | Convive      | 38,19          |               |
|                              | Casado/a     | 37,24          |               |
|                              | En pareja    | 44,44          |               |
| Estrategias cognitivas       | Soltero/a    | 12,00          | ,134          |
|                              | Convive      | 41,98          |               |
|                              | Casado/a     | 36,93          |               |
|                              | En pareja    | 34,50          |               |
| Estrategias conductuales     | Soltero/a    | 22,00          | ,588          |
|                              | Convive      | 37,72          |               |
|                              | Casado/a     | 37,61          |               |
|                              | En pareja    | 42,06          |               |

Prueba utilizada: H de Kruskal-Wallis

No existen diferencias estadísticamente significativas entre las Estrategias de Afrontamiento y el Estado Civil de los participantes.

#### 4.3.3.1.3 Análisis de las diferencias entre las Estrategias de Afrontamiento y la variable sociodemográfica Tratamiento de Fertilidad.

Tabla VII. Diferencias entre Estrategias de Afrontamiento y Tratamiento de Fertilidad

| Estrategias de Afrontamiento           | Tratamiento de Fertilidad | Rango Promedio | Significación |
|----------------------------------------|---------------------------|----------------|---------------|
| Estrategia de aproximación al problema | Sí                        | 41,14          | ,005          |
|                                        | No                        | 24,31          |               |
| Estrategia evitativa                   | Sí                        | 41,19          | ,005          |
|                                        | No                        | 24,13          |               |
| Estrategia cognitiva                   | Sí                        | 41,78          | ,001          |
|                                        | No                        | 21,97          |               |
| Estrategia conductual                  | Sí                        | 40,90          | ,010          |
|                                        | No                        | 25,19          |               |

Prueba utilizada: U de Mann-Whitney

Existen diferencias en las Estrategias de Afrontamiento entre quienes realizaron tratamiento de fertilidad y quienes no lo realizaron, presentando puntuaciones más elevadas quienes realizaron tratamiento.

#### 4.3.3.1.4 Análisis de las diferencias entre las Estrategias de Afrontamiento y la variable sociodemográfica Pérdida de Embarazos Naturales.

Tabla VIII. Diferencias entre Estrategias de Afrontamiento y Pérdida de Embarazos Naturales

| Variable                               | Pérdida de embarazos naturales | Rango Promedio | Significación |
|----------------------------------------|--------------------------------|----------------|---------------|
| Estrategia de aproximación al problema | Sí                             | 36,33          | ,752          |
|                                        | No                             | 38,03          |               |
| Estrategia evitativa                   | Sí                             | 37,83          | ,930          |
|                                        | No                             | 37,35          |               |
| Estrategia cognitiva                   | Sí                             | 36,07          | ,700          |
|                                        | No                             | 38,15          |               |
| Estrategia conductual                  | Sí                             | 37,65          | ,967          |
|                                        | No                             | 37,43          |               |

Prueba utilizada: U de Mann-Whitney

No existen diferencias en las Estrategias de Afrontamiento utilizadas entre quienes perdieron embarazos naturales y quienes no.

#### 4.3.3.1.5 Análisis de la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y la variable Cantidad de Pérdidas de Embarazos Naturales

Tabla IX. Relación entre Estrategias de afrontamiento y Cantidad de Pérdidas de Embarazos Naturales

| Variable                                | Cantidad de Pérdida de Embarazos Naturales | Significación |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------|
| Estrategias de Aproximación al problema | ,008                                       | ,947          |
| Estrategias evitativas                  | ,014                                       | ,907          |
| Estrategias cognitivas                  | ,002                                       | ,988          |
| Estrategias conductuales                | ,022                                       | ,854          |

Prueba utilizada: Rho de Spearman

No existe relación entre las Estrategias de Afrontamiento empleadas por las participantes y la cantidad de pérdidas de embarazos naturales.

#### 4.3.3.1.6 Análisis de las diferencias entre las Estrategias de Afrontamiento y la variable sociodemográfica Apoyo social/familiar.

Tabla X. Diferencias entre Estrategias de Afrontamiento y Apoyo social/familiar

| Variable                               | Pérdida de embarazos naturales | Rango Promedio | Significación |
|----------------------------------------|--------------------------------|----------------|---------------|
| Estrategia de aproximación al problema | Mucho                          | 37,80          | ,979          |
|                                        | Poco                           | 37,74          |               |
|                                        | Nada                           | 30,83          |               |
| Estrategia evitativa                   | Mucho                          | 35,00          | ,131          |
|                                        | Poco                           | 43,42          |               |
|                                        | Nada                           | 43,33          |               |
| Estrategia cognitiva                   | Mucho                          | 36,49          | ,462          |
|                                        | Poco                           | 40,74          |               |
|                                        | Nada                           | 34,50          |               |
| Estrategia conductual                  | Mucho                          | 36,15          | ,295          |
|                                        | Poco                           | 42,08          |               |
|                                        | Nada                           | 31,83          |               |

Prueba utilizada: H de Kruskal-Wallis

No existen diferencias significativas en las Estrategias de Afrontamiento empleadas en función del grado de apoyo social/familiar.

#### 4.3.3.1.7 Análisis de las diferencias entre las Estrategias de Afrontamiento y la variable sociodemográfica Tratamiento Psicológico.

Tabla XI. Diferencias entre Estrategias de Afrontamiento y Tratamiento Psicológico

|                                        | Realizó tratamiento psicológico | Rango Promedio | Significación |
|----------------------------------------|---------------------------------|----------------|---------------|
| Estrategia de aproximación al problema | Sí                              | 36,14          | ,722          |
|                                        | No                              | 38,08          |               |
| Estrategia evitativa                   | Sí                              | 39,64          | ,578          |
|                                        | No                              | 36,60          |               |
| Estrategia cognitiva                   | Sí                              | 36,09          | ,714          |
|                                        | No                              | 38,10          |               |
| Estrategia conductual                  | Sí                              | 39,23          | ,653          |
|                                        | No                              | 36,77          |               |

Prueba utilizada: U de Mann-Whitney

No existen diferencias estadísticamente comprobables en el empleo de las Estrategias de Afrontamiento entre quienes realizaron y no tratamiento psicológico.

#### 4.3.3.2 Análisis de la Autoestima en función de las variables sociodemográficas contempladas.

##### 4.3.3.2.1 Análisis de la relación entre la Autoestima y la variable sociodemográfica Edad.

Tabla XII. Relación entre Autoestima y Edad

| Variable   | Edad  | Significación |
|------------|-------|---------------|
| Autoestima | 0,074 | ,515          |

Prueba utilizada: Rho de Spearman

No existe relación estadísticamente significativa entre la edad y la Autoestima.

#### 4.3.3.2.2 Análisis de las diferencias en la Autoestima y la variable sociodemográfica Estado Civil.

Tabla XIII. Diferencias entre Autoestima y Estado Civil

| Variable          | Estado Civil            | Rango Promedio | Significación |
|-------------------|-------------------------|----------------|---------------|
| <b>Autoestima</b> | Soltero/a               | 40,00          | 0,140         |
|                   | Casado/a                | 46,42          |               |
|                   | Convive/pareja de hecho | 37,03          |               |
|                   | En pareja               | 28,67          |               |

Prueba utilizada: H de Kruskal Wallis

No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Autoestima entre los diferentes estados civiles

#### 4.3.3.2.3 Análisis de las diferencias en la Autoestima en función de la variable sociodemográfica Tratamiento de Fertilidad.

Tabla XIV. Diferencias entre Autoestima y Tratamiento de Fertilidad

| Variable          | Tratamiento de fertilidad | Rango promedio | Significación |
|-------------------|---------------------------|----------------|---------------|
| <b>Autoestima</b> | Sí                        | 38,44          | 0,468         |
|                   | No                        | 34,09          |               |

Prueba utilizada: U de Mann-Whitney

No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Autoestima entre quienes realizaron y no realizaron tratamiento de fertilidad.

#### 4.3.3.2.4 Análisis de las diferencias en la Autoestima y la variable sociodemográfica Pérdidas de Embarazos Naturales.

Tabla XV. Diferencias entre Autoestima y Pérdida de Embarazos Naturales

| Variable   | Pérdida de Embarazos Naturales | Rango | Significación |
|------------|--------------------------------|-------|---------------|
| Autoestima | Sí                             | 32,02 | 0,135         |
|            | No                             | 39,97 |               |

Prueba utilizada: U de Mann-Whitney

No existen diferencias estadísticamente significativas en Autoestima entre quienes sufrieron o no pérdidas de embarazos naturales.

#### 4.3.3.2.5 Análisis de la relación entre Autoestima y la variable Cantidad de Pérdidas de Embarazos Naturales

Tabla XVI. Relación entre Autoestima y Cantidad de Pérdidas de Embarazos Naturales

| Variable   | Cantidad de Pérdidas de Embarazos Naturales | Significación |
|------------|---------------------------------------------|---------------|
| Autoestima | -,289                                       | ,013          |

Prueba utilizada: Rho de Spearman

A mayor cantidad de pérdidas de embarazo, menores son los niveles de Autoestima.

#### 4.3.3.2.6 Análisis de las diferencias en la Autoestima y la variable sociodemográfica Apoyo social/familiar.

Tabla XVII. Diferencias entre Autoestima y Apoyo Social/familiar

| Variable   | Apoyo social/familiar | Rango | Significación |
|------------|-----------------------|-------|---------------|
| Autoestima | Mucho                 | 37,05 | ,137          |
|            | Poco                  | 35,03 |               |
|            | Nada                  | 61    |               |

Prueba utilizada: H de Kruskal Wallis

No existen diferencias estadísticamente significativas en la Autoestima entre quienes tienen o no apoyo familiar/social.

#### **4.3.3.2.7 Análisis de las diferencias en Autoestima y la variable sociodemográfica Tratamiento Psicológico.**

Tabla XVIII. Diferencias entre Autoestima y Tratamiento Psicológico

| <b>Variable</b>   | <b>Tratamiento psicológico</b> | <b>Rango</b> | <b>Significación</b> |
|-------------------|--------------------------------|--------------|----------------------|
| <b>Autoestima</b> | Sí                             | 36,32        | 0,755                |
|                   | No                             | 38,00        |                      |

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

No existen diferencias estadísticamente significativas en la Autoestima entre quienes realizan o no tratamiento psicológico.

# **CAPÍTULO V**

## 5. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue conocer la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y los Niveles de Autoestima en mujeres con diagnóstico de infertilidad.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente análisis, se puede afirmar que no hay una relación estadísticamente significativa entre los constructos estudiados, así como tampoco se presentaron diferencias comprobables en los niveles de Autoestima y las variables sociodemográficas definidas en este trabajo, exceptuando la cantidad de pérdidas de embarazos naturales en la que se evidenció que, a mayor pérdida de embarazos, menor Autoestima.

Asimismo, se puede decir que tampoco se halló una gran diferencia entre las variables sociodemográficas y las Estrategias de Afrontamiento empleadas por las participantes. Sólo se obtuvo un dato significativo al respecto de las estrategias utilizadas por las mujeres que realizaron tratamiento de fertilidad. En este sentido, en las diferentes estrategias de afrontamiento, siempre las puntuaciones resultaron superiores en quienes realizaban tratamiento de fertilización con respecto a quienes no.

En la primera hipótesis establecida se buscó indagar la relación entre las Estrategias de Afrontamiento (cognitivas y afectivas) de aproximación y los Niveles de Autoestima de las mujeres con Diagnóstico de Infertilidad, es decir que se esperaba hallar que cuanto más se tiende a afrontar la situación, mayor será el nivel de Autoestima de las mujeres. Esta hipótesis, no obstante, fue refutada, dado que los niveles de autoestima no se vieron modificados en relación con las Estrategias de Afrontamiento utilizadas. Esto podría explicarse teniendo en cuenta que la patología en sí, el diagnóstico de infertilidad impacta

y atraviesa a la mujer que lo padece, es una enfermedad crónica, con lo cual se puede inferir que, a pesar de las diferentes formas, respecto de las respuestas de afrontamiento, la autoestima se verá afectada.

Continuando con la segunda hipótesis, en ésta, se trató de indagar si hay un decremento en los niveles de autoestima en aquellas mujeres que se hayan sometido a la realización de Tratamientos de Fertilización con respecto a aquellas que no lo hayan hecho. Al respecto, los resultados arrojados permiten afirmar que la H2 ha sido refutada, siendo que no existen diferencias en los niveles de Autoestima de ambos grupos.

Esto podría deberse al hecho de que los niveles de autoestima son similares (bajos) en ambos grupos como consecuencia del diagnóstico y la situación que están atravesando, lo que según explica un estudio realizado por, Nebrada Arias, V. (2018), mediante las múltiples consecuencias que genera el diagnóstico de infertilidad, la cual produce una serie de sentimientos negativos, no solo en el momento en el que se comunica el diagnóstico, sino que también será recurrentes durante el tratamiento de infertilidad y después de este. Por ello, es importante que el seguimiento sea extenso y multidisciplinar (Ávila y Moreno-Rosset, 2008. citados en Nebrada Aria, 2018).

En conclusión, más allá de si hacen tratamiento o no, lo que tiene un impacto directo en la autoestima de las participantes es la situación per sé.

Respecto de la tercera hipótesis en la cual se indagó que, a menor grado de Apoyo Social Familiar, menores son los niveles de Autoestima, se observa que también fue refutada por los valores arrojados ya que no incide en los niveles de autoestima el tener o no apoyo, en todos los casos el diagnóstico demuestra una baja autoestima en niveles generales, los cuales no se ve modificados por distintas variables.

Según Nebrada Arias (2018), el desconocimiento del problema por parte de la sociedad, así también los sentimientos de vergüenza e inseguridad que pueden sentir los miembros de la pareja por la enfermedad, provocan que estos se vayan apartando del medio social/familiar y como consecuencia no reciban suficiente apoyo. Esa ausencia la pareja la vive como incompreensión por parte del medio social lo que lleva a un aislamiento y mayor falta de comunicación provocando estrés a los mismos (Guerra, 1998, citado en Nebrada Arias, 2018).

En conclusión, se podría decir que, si bien la pareja puede o no contar con un apoyo social/familiar dependiendo el caso, no cambia lo que el diagnóstico en si genera y por lo tanto dichas consecuencias, sentimientos negativos, estrés y aislamiento.

Teniendo en cuenta la H4 que establece que las mujeres con Diagnóstico de Infertilidad que realizan Tratamiento Psicológico tienden a emplear Estrategias de Afrontamiento de aproximación, ésta también se vio refutada ya que no se encontraron diferencias significativas en las Estrategias de Afrontamiento empleadas entre quienes asisten y no asisten a terapia.

Se podría decir que no hay diferencias, entre quienes asisten y no asisten a terapia debido a que, si bien el grupo de mujeres que decide asistir y realizar un tratamiento psicológico se esperaba que estuvieran en búsqueda de herramientas que le ayuden a mejorar las respuestas de afrontamiento a este diagnóstico, las evidencias demuestran que no hay variación, más allá de realizar o no tratamiento psicológico, la persona utilizará las estrategias que le sea posible para hacer frente a esta patología, indistinto de aceptación y o búsqueda interna que pueda haber en ella.

Para finalizar se estableció la H5 según la cual las mujeres con mayor cantidad de pérdidas de embarazo presentan menor nivel de autoestima.

Cabe referir que, en este último caso, sí se vio confirmada la hipótesis.

Este resultado se apoya en la teoría planteada por Carreño-Meléndez, et al. (2011) quienes realizaron el análisis de distintos trabajos de investigación efectuados sobre mujeres y fertilidad. Los autores hallaron una gran asociación entre la disminución del autoconcepto, la autoestima y un importante incremento en los síntomas acarreados como consecuencia de la infertilidad. También, se informó que las mujeres que fueron atendidas por una cuestión de riesgo de salud reproductiva demostraron, una variada respuesta psicológica, síntomas ansiosos y depresivos. Además, se encontró que poseen una sensación de bajo estado de ánimo, y una mirada crítica por parte de la sociedad y de sus familias lo que las hace sentir vergüenza por no poder procrear, lo que provoca un decremento en sus niveles de autoestima.

Finalmente, en cuanto a las limitaciones de este trabajo, cabe citar el tamaño reducido de la muestra, la no homogeneidad entre los grupos a comparar en lo que a variables sociodemográficas respecta.

Para futuros trabajos, se recomienda incluir otros constructos en el trabajo analítico que puedan operar en los resultados, tales como los rasgos de personalidad de las participantes y el tiempo transcurrido a partir del cual se encuentra transitando la problemática.

# CAPÍTULO VI

## 6. REFERENCIAS

- Antequera Jurado, R., Moreno-Rosset, C., Jenaro, C. & Ávila Espada, A. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2), 167-175. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829203.pdf>
- Antinucci, M. & Villarino, S. *Afrontamiento y regulación emocional en mujeres con infertilidad. (2014) [Universidad Nacional de Mar del Plata]. Repositorio institucional* <http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/193/0121.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barra Almagiá, E. & Vaccaro Huespe, M. (2012). Estrés percibido, afrontamiento y personalidad resistente en mujeres infértiles. *Liberabit*, 19(1), 113-119. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v54n4/v54n4a03.pdf>
- Brugo Olmedo, S. Chillik, C. Kopelman, S. (2003) Definición y causas de Infertilidad. 54(4). 227-248. <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/issue/view/55>
- Cano García, F. & García Martínez, L. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. [Trabajo de investigación. Universidad de Sevilla]. Repositorio Institucional US. <https://idus.us.es/handle/11441/56854>

- Cañas Pardo, E., Limiñana Gras R. M., (2020) Estrés e infertilidad. [Grupo de investigación Personalidad y Salud II Jornadas Doctorales de la Universidad de Murcia] (E069-07). [https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/93126/1/PS%2001% 20Estr%C3%A9s%20e%20infertilidad.pdf](https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/93126/1/PS%2001%20Estr%C3%A9s%20e%20infertilidad.pdf)
- Carreño-Meléndez, J., Henales-Almaraz, M. C., & Sánchez-Bravo, C. (2011). La autoestima y el autoconcepto en la mujer con esterilidad. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25(1), 29-38. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip111f.pdf>
- Contreras-García, Y., Jara-Riquelme, V. & Manríquez-Vidal, C. (2016) Descripción de niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima en un grupo de mujeres chilenas con diagnóstico de infertilidad primaria. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 67(1), 50-60. [https://www.researchgate.net/publication/301638464\\_Descripcion\\_de\\_niveles\\_de\\_ansiedad\\_desesperanza\\_y\\_autoestima\\_en\\_un\\_grupo\\_de\\_mujeres\\_chilenas\\_con\\_diagnostico\\_de\\_infertilidad\\_primaria\\_un\\_estudio\\_piloto](https://www.researchgate.net/publication/301638464_Descripcion_de_niveles_de_ansiedad_desesperanza_y_autoestima_en_un_grupo_de_mujeres_chilenas_con_diagnostico_de_infertilidad_primaria_un_estudio_piloto)
- Cubillos, J. M., (2013). *Técnicas de reproducción asistida estatus jurídico del Embrión humano*. [Trabajo de Investigación, Universidad Nacional de Cuyo]. Repositorio institucional. [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/5218/cubillosjuanmanuel.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5218/cubillosjuanmanuel.pdf)
- Domínguez, V. (2002). Psicóloga. Psicología e infertilidad. *Unidad de Medicina reproductiva. Departamento de Obstetricia y ginecología. Clínica Las Condes*, 13(1),1-7. [http://X0716864002319369%20\(1\).pdf](http://X0716864002319369%20(1).pdf)

- Góngora, V. & Casullo, M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 1(27), 179-194. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645443010.pdf>.
- González Labrador, I. (2002). La infertilidad, el maternaje frustrado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(3), 233-235.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252002000300014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000300014&lng=es&tlng=es).
- Izzedin-Bouquet de Durán, Romina. (2011). Psicología de la Reproducción: De la Infertilidad a la Reproducción Asistida. *Revista Científica Ciencia Médica*. 14(2), 31-34. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332011000200009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332011000200009&lng=es&tlng=es).
- Kirchner, Teresa, & Forns, Maria, & Muñoz, Damaris, & Pereda, Noemí (2008). Psychometric properties and dimensional structure of the Spanish version of the Coping Responses Inventory - Adult Form. *Psicothema*, 20(4), 902-909. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72720459>
- Limiñana-Gras R. M. (2016). La reproducción asistida, apoyo psicológico en Infertilidad. *Personalidad y Salud*. 69(07), 1-5.  
<http://psicoideas.com/recursos/MPGS-TPareja.pdf>
- Mikulic, I., & Crespi, M. (2008). Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de investigaciones*, (15), 305-312. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139944030.pdf>

- Moreno Rosset, C. (2008). Infertilidad y Psicología de la Reproducción. *Papeles del Psicólogo*. 29(2), 154-157. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1581.pdf>
- Moreno-Rosset, C., & Martín Díaz, M. D. (2009). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés*, 5(1), 97-109.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3022459>
- Moreno-Rosset, C., Antequera Jurado, R. & Jenaro Río, C. (2009). Validación del Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA). *Psicothema*, 21(1), 118-123. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72711818019>
- Moreno-Rosset, C., Castillo Aparicio, M. Ramírez-Uclés, I. & Martín Díaz, M. Estados emocionales y afectivos en infertilidad: un estudio comparativo con personas fértiles. *Psicología Conductual*, 19(3), 683-703.  
<https://www.semanticscholar.org/paper/Estados-emocionales-y-afectivos-en-infertilidad%3A-un-Rosset-Aparicio/d60ab6736f0609879374be8e401a6df86c6b675b?p2df>
- Negrín Pérez, M. (2010). Disfunciones sexuales femeninas: trastornos dolorosos sexuales. *Ginecol Obstet Mex*. 78(7), 527-548.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=27270>
- Ortiz Ramírez, M. & Romero-Quezada, L. (2013) Dismenorrea: dolor crónico cíclico más común y mal tratado en las mujeres. *Medwave*. 13(3), doi: 10.5867. <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Abril2013/PDF/medwave.2013.03.5656.pdf>

Pérez-León, C., Ramírez-Montiel, M., Miranda-Rodríguez, A., Pichardo-Cuevas, M. & Contreras-Carretero, N. (2013). Factores asociados a infertilidad en un grupo de parejas mexicanas. *Rev Invest Med Sur Mex.* 20(1), 4-7.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2013/ms131a.pdf>

Polaino Lorente, A.. (2000) Una introducción a la psicopatología de la autoestima. *Revista Complutense de Educación* 11(1), 105-13.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/download/RCED0000120105A/17075>

Rojas Quintana, P., Medina Tío, D, & Torres Ajá, L. (2011). Infertilidad. *MediSur*, 9(4), 340-350. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727897X2011000400012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2011000400012&lng=es&tlng=es).

Sánchez-Nebreda Arias, V. (2018). *Intervención psicológica en problemas de infertilidad*. [Tesis de grado, Universidad Pontificia Comillas Madrid]. Repositorio Institucional UP. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/22336/TFG-%20SANCHEZ-NEBREDAS%20ARIAS%20C%20VALERIA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Urgellés Carrera, S., Reyes Guerrero, E., Figueroa Mendoza, M. & Palazón Rodríguez, A. (2012). Infertility in patients older than 35 years. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 530-537.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000400010&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400010&lng=es&tlng=en).

Valladolid, M. & Sthefany, F. (2017). *Ansiedad estado rasgo y estrategias de afrontamiento en pacientes mujeres en la etapa de menopausia*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de la Vega de Peru] Repositorio Institucional. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1313>

Vázquez Valverde, C., Crespo López, C.M. & Ring, J.M. (2003) Estrategias de afrontamiento. *Modelo psicológico del estrés*. 31(1). 425-435.  
[http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category\\_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225](http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225)

Villanueva-Ccoyllo, S. & Roldan-Arbieto, L. (2020). Factores de riesgo para infertilidad en mujeres en un hospital peruano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 186-192. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmhv20i2.2840>

# **CAPÍTULO VII**

## ANEXO I

Soy estudiante de psicología de la Universidad Abierta Interamericana y estoy realizando mi tesis de grado para la culminación de mis estudios. A tal fin, necesito de su colaboración completando los ítems que a continuación se detallan. Las respuestas son anónimas, de modo tal que su confidencialidad quedará garantizada. Los datos obtenidos sólo servirán a los fines de la investigación, por lo que agradecería que responda todo lo que allí se consigna de la manera más sincera posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Desde ya muchísimas gracias por su colaboración.

### **Datos Socio-Demográficos:**

Por favor marque con una cruz la opción que más se condiga con usted o bien complete lo que a continuación se solicita.

a) Edad: \_\_\_\_\_ años.

b) Estado civil actual:

- |                                                     |                                        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Soltera                 | <input type="checkbox"/> 5. Divorciada |
| <input type="checkbox"/> 2. Convive/Pareja de hecho | <input type="checkbox"/> 6. Viuda      |
| <input type="checkbox"/> 3. Casada                  | <input type="checkbox"/> 7. En pareja  |
| <input type="checkbox"/> 4. Separada                |                                        |

c) Zona de residencia:

1. ☐ Ciudad de Buenos Aires
2. ☐ Gran Buenos Aires (Conurbano)

d) ¿Hace cuánto tiempo usted se halla en la búsqueda de un embarazo?

1. ☐ Un año o menos
2. ☐ Más de un año

e) En caso de encontrarse usted hace más de un año en la búsqueda, ¿realizó algún tratamiento al respecto?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

f) En caso de responder afirmativamente la pregunta anterior, ¿qué tipo de tratamiento llevó/a usted a cabo?

1. ☐ Farmacológico

2. ☐ Fertilización asistida

3. ☐ Ambos

g) En el caso de inclinarse por la fertilización, ¿cuántos intentos realizó?

1. ☐ Ninguno      2. ☐ De 1 a 3      3. ☐ De 4 a 6      4. ☐ Más de 6

h) ¿Sufrió la pérdida de embarazos naturales?

1. Sí ☐      2. No ☐

h1) En caso afirmativo, ¿cuántas veces le ocurrió esto? \_\_\_\_\_

i) ¿Sufrió la pérdida de embarazos durante el tratamiento?

1. Sí ☐      2. No ☐

i1) En caso afirmativo, ¿cuántas veces le ocurrió esto? \_\_\_\_\_

j) ¿Cuenta usted con apoyo familiar y/o de su entorno social?

1. ☐ Mucho

2. ☐ Poco

3. ☐ Nada

k) ¿Realiza actualmente tratamiento psicológico por esta cuestión?

1. Sí ☐      2. No ☐

A continuación, le solicito que por favor complete el siguiente cuestionario a partir de la siguiente escala de puntuación. Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo

B. De acuerdo

- c. En desacuerdo
- d. Muy en desacuerdo

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

Si usted es una persona con diagnóstico de infertilidad o bien hace más de un año que está buscando un embarazo y no lo ha conseguido, le solicito que por favor responda el próximo cuestionario tomando en consideración lo siguiente:

Hacer una cruz en “**N**” si su respuesta es **NO**

Hacer una cruz en “**GN**” si su respuesta es **GENERALMENTE NO**

Hacer una cruz en “**GS**” si su respuesta es **GENERALMENTE SI**

Hacer una cruz en “**S**” si su respuesta es **SI**

|                                                                    | N | GN | GS | S |
|--------------------------------------------------------------------|---|----|----|---|
| 1. ¿Tuvo que enfrentar una situación como ésta antes?              |   |    |    |   |
| 2. ¿Sabía que esta situación le iba a pasar?                       |   |    |    |   |
| 3. ¿Tuvo tiempo para prepararse para enfrentar esta situación?     |   |    |    |   |
| 4. Cuando sucedió esta situación, ¿pensó en ella como una amenaza? |   |    |    |   |

|                                                                              |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 5. Cuando sucedió esta situación, ¿pensó en ella como un desafío?            |  |  |  |  |
| 6. Esta situación, ¿fue causada por algo que Ud. hizo?                       |  |  |  |  |
| 7. Esta situación, ¿fue causada por algo que alguien hizo además de Ud.?     |  |  |  |  |
| 8. ¿Hubo algo positivo al enfrentar esta situación?                          |  |  |  |  |
| 9. ¿Se resolvió esta situación?                                              |  |  |  |  |
| 10. Si la situación está resuelta, ¿se resolvió en forma favorable para Ud.? |  |  |  |  |

Para finalizar, por favor responda este último cuestionario en base a las siguientes descripciones:

**0=** Si su respuesta es **NUNCA**.

**1=** Si su respuesta es **UNA O DOS VECES**.

**2=** Si su respuesta es **ALGUNAS VECES**.

**3=** Si su respuesta es **MUCHAS VECES**.

|                                                                                                 | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| 1. ¿Pensó en diferentes formas de solucionar estos problemas?                                   |          |          |          |          |
| 2. ¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?                                               |          |          |          |          |
| 3. ¿Habló con su esposo/a u otro familiar sobre estos problemas?                                |          |          |          |          |
| 4. ¿Hizo un plan de acción para enfrentar esos problemas y lo cumplió?                          |          |          |          |          |
| 5. ¿Trató de olvidar todo?                                                                      |          |          |          |          |
| 6. ¿Sintió que el paso del tiempo cambiará las cosas, que esperar era lo único que podía hacer? |          |          |          |          |
| 7. ¿Trató de ayudar a otros a enfrentar problemas similares?                                    |          |          |          |          |
| 8. ¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado, deprimido, bajoneado o triste?     |          |          |          |          |
| 9. ¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?            |          |          |          |          |
| 10. ¿Se dijo a Ud. mismo que las cosas podían ser peores?                                       |          |          |          |          |

|                                                                                           |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 11. ¿Habló con algún amigo de estos problemas?                                            |  |  |  |  |
| 12. ¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?                    |  |  |  |  |
| 13. ¿Trató de evitar pensar en el problema?                                               |  |  |  |  |
| 14. ¿Se dio cuenta que no tenía control sobre los problemas?                              |  |  |  |  |
| 15. ¿Se dedicó a nuevas actividades como nuevos trabajos o distracciones?                 |  |  |  |  |
| 16. ¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?                        |  |  |  |  |
| 17. ¿Se imaginó, una y otra vez, ¿qué decir o hacer?                                      |  |  |  |  |
| 18. ¿Trató de ver el lado positivo de la situación?                                       |  |  |  |  |
| 19. ¿Habló con algún profesional (médico, sacerdote, etc)?                                |  |  |  |  |
| 20. ¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?                       |  |  |  |  |
| 21. ¿Se imaginó o soñó un tiempo o un lugar mejor del que Ud. vivía?                      |  |  |  |  |
| 22. ¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?                                            |  |  |  |  |
| 23. ¿Trató de hacer nuevos amigos?                                                        |  |  |  |  |
| 24. ¿Se mantuvo alejado de la gente en general?                                           |  |  |  |  |
| 25. ¿Trató de prever o de anticiparse a cómo resultaría todo?                             |  |  |  |  |
| 26. ¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema? |  |  |  |  |
| 27. ¿Buscó la ayuda de personas o de grupos con los mismos problemas?                     |  |  |  |  |
| 28. ¿Trató de resolver los problemas, al menos en dos formas diferentes?                  |  |  |  |  |
| 29. ¿Evitó pensar en el problema, aun sabiendo que en algún momento debería pensar en él? |  |  |  |  |
| 30. ¿Aceptó los problemas, porque pensó que nada se podía hacer?                          |  |  |  |  |
| 31. ¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?    |  |  |  |  |
| 32. ¿Gritó como forma de desahogarse?                                                     |  |  |  |  |

|                                                                                        |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 33. ¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esa situación?            |  |  |  |  |
| 34. ¿Trató de decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?                             |  |  |  |  |
| 35. ¿Trató de averiguar más sobre esa situación?                                       |  |  |  |  |
| 36. ¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?                              |  |  |  |  |
| 37. ¿Deseó que los problemas hubieran desaparecido o pasado?                           |  |  |  |  |
| 38. ¿Esperó que sucediera lo peor?                                                     |  |  |  |  |
| 39. ¿Le dedicó más tiempo a actividades recreativas?                                   |  |  |  |  |
| 40. ¿Lloró y descargó sus sentimientos?                                                |  |  |  |  |
| 41. ¿Trató de prever o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían?              |  |  |  |  |
| 42. ¿Pensó cómo podrían estos sucesos cambiar su vida en un sentido positivo?          |  |  |  |  |
| 43. ¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?                                                     |  |  |  |  |
| 44. ¿Tomo las cosas de una por vez?                                                    |  |  |  |  |
| 45. ¿Trató de negar lo serio que eran en realidad, los problemas?                      |  |  |  |  |
| 46. ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?  |  |  |  |  |
| 47. ¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo ayudaran a enfrentar las cosas?    |  |  |  |  |
| 48. ¿Hizo algo que pensó que no iba a funcionar, pero por lo menos intentó hacer algo? |  |  |  |  |