Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata

Repositorio RPsico **http://rpsico.mdp.edu.ar**

Trabajos de Tesis Tesis de Grado

2014-10-14

Afrontamiento y regulación emocional en mujeres con infertilidad

Antinucci, María Guadalupe

http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/193

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR del PLATA

Facultad de Psicología

Denominación del Proyecto:

Afrontamiento y regulación emocional en mujeres con infertilidad

Antinucci, María Guadalupe. Mat: 5029/00

Villarino, Sergio. Mat: 4554/98

Cátedra de radicación: Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica - GIEPsi

Supervisora: Lic. Aixa L. Galarza

Co-supervisora: Dra. Claudia E. Castañeiras

Índice

1. ***Marco teórico……...3***

2. ***Método……12***

   2.1. Diseño……12

   2.2. Participantes……..13

   2.3. Instrumentos……...13

   2.4. Procedimiento……23

   2.5. Análisis de datos……..23

3. ***Resultados……....24***

4. ***Discusión……35***

5. Referencias bibliográficas……42

6. Anexo……49

Afrontamiento y regulación emocional en mujeres con infertilidad

1. Marco Teórico

La procreación humana es un proceso sumamente complejo que implica la conjugación simultánea de numerosos factores (un óvulo, un espermatozoide, la posibilidad de su encuentro en el momento adecuado y condiciones propicias a nivel biológico para que el embrión se pueda implantar y desarrollar adecuadamente). De hecho, los humanos son los seres vivos con condiciones menos favorables para desempeñar su papel reproductor.

Según datos del INDEC (2004), desde 1995 se registra en Argentina un descenso continuo de las tasas de fecundidad. En el año 1950 el promedio era de 3.2 hijos por mujer; en 1995 de 2.8 y disminuyó a 2.4 en 2001. O´Donnell y Carmuega (1998) plantearon que este fenómeno podría deberse al cambio en el rol social y económico de la mujer, dado el aumento progresivo de su participación en el mercado laboral. Otro factor asociado es la dilación registrada en la maternidad efectiva. Un estudio realizado en la

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2012) señaló que hasta el año 2005 la edad en la que una mujer tenía a su primer hijo se registraba entre los 25 y 29 años, mientras que en el 2010 se desplazó al rango de 30-34 años. Estos datos no son menores si se considera que a nivel biológico la posibilidad de quedar embarazada disminuye significativamente a partir de los 35 años (American Society for Reproductive Medicine, 2013.

En este contexto, la *infertilidad* se presenta como una problemática de prevalencia en aumento. La OMS (2013) la define como la incapacidad de concebir transcurridos 12 meses de relaciones sexuales sin protección. Se trata de 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, tanto por *infertilidad primaria* –la pareja que nunca ha logrado concebir– como *secundaria* –la imposibilidad de concebir luego de que algún miembro de la pareja ya ha tenido un hijo (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel & Stevens, 2012; OMS, 2013).

Desde el punto de vista psicológico, Antequera Jurado, Moreno-Rosset, Jenaro y Ávila Espada (2008) plantean que la infertilidad puede considerarse como una enfermedad crónica que provoca un gran impacto emocional en quienes la padecen, comparable a la encontrada en pacientes oncológicos, pero con algunas particularidades inusuales. Cuando una pareja recibe el diagnóstico se enfrenta a una crisis vital, ya que su proyecto de vida se ve amenazado. Además, se altera su funcionamiento social, en

ocasiones afecta la vida sexual de la pareja, y muchas veces trae como consecuencia estados depresivos, angustia y sentimientos de pérdida. Se ha aportado evidencia que la incidencia de la depresión entre las mujeres infértiles duplica la observada en la población femenina general (Kissi et al., 2013).

Siguiendo esta línea, el investigador Llavona Uribelarrea (2008) se refiere a la infertilidad como un “problema atípico”, y destaca un factor fundamental que determina que este “problema clínico” se convierte en un “problema personal” al imposibilitar la concreción del “deseo de tener un hijo”[1]. De acuerdo con el autor, dicho factor sería uno de los elementos clave implicado en la crisis, malestar y sentimiento de padecimiento que presentan los pacientes infértiles en general.

Socialmente se mantiene un destacado énfasis en el mandato y la importancia de la maternidad para el cumplimiento del rol femenino. Bergart (2000) ha descripto a la infertilidad como una crisis en el desarrollo de la mujer que puede alterar su identidad y sus vínculos, ya que la falta de hijos afecta a las mujeres en todas las áreas de su vida. En un estudio llevado a cabo con 242 mujeres infértiles (Benyamini, Gozlan & Kokia, 2005), cuyo objetivo era identificar la variedad y el alcance de las dificultades que experimentaban al someterse a los tratamientos de fertilización asistida (TRA), se encontró que muchas de ellas informaban sentirse presionadas por la expectativa social de la maternidad y por percibir su incapacidad para concebir como una amenaza a su identidad femenina. Este estudio también

[1] Las comillas son del autor.

ha puesto en evidencia que si bien la infertilidad puede resultar fuente de estrés para ambos miembros de la pareja, en el caso de las mujeres la experiencia suele ser mucho más intensa y con efectos negativos a largo plazo que impactan en la autoestima y la propia entidad femenina. También se ha encontrado que presentan mayor afecto negativo y desajuste emocional (del Castillo Aparicio, Moreno-Rosset, Martín Díaz & Ramírez-Uclés 2009). En otro estudio realizado en Italia (Chiaffarino, Baldini & Scarduelli, 2011) se comprobó que el 14.7% de las mujeres infértiles evaluadas presentaba síntomas de ansiedad y el 17.9% de depresión, mientras que en los hombres estos valores se reducían al 4.5% y al 6.9 % respectivamente.

De este modo, si bien la infertilidad constituye una condición clínica que no pone en riesgo la integridad física del individuo ni su vida, se trata de una enfermedad que compromete aspectos psicológicos y sociales relevantes en las distintas etapas vitales, por lo que se hace necesario considerar el grado de impacto que suele generar en el proyecto y la calidad de vida de las personas que la padecen (Antequera Jurado et al., 2008; Izzedin-Bouquet de Duran, 2011; Mata Barahona, Sáenz Ulate & Ramírez Henderson, 2007; Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro & Gómez, 2009; Nogueira, 2010). Estos autores sostienen que se trata de una experiencia emocional de gran intensidad, a modo de un *carrusel de emociones* de distinta naturaleza, que se suceden alternativamente en un corto periodo de tiempo y ponen a prueba los recursos psicológicos de la pareja, y particularmente de la mujer. En este sentido, cuando se somete a los TRA

se debe planificar y adecuar la vida en función del tratamiento, lo que en muchos casos deriva en la imposibilidad de comprometerse con otras actividades, como vacaciones y/o encuentros sociales, o en ocasiones demorar los planes laborales y educativos.

Asimismo, la decisión de comenzar con tratamientos de reproducción asistida introduce a la pareja en el sistema médico, debiendo afrontar estudios y procedimientos desconocidos con un alto grado de incertidumbre. Estos procedimientos suelen llevar mucho tiempo, generalmente resultan extenuantes a nivel físico, emocional y, en la mayoría de los casos, también a nivel económico. Kissi et al. (2013) destacan el impacto psicológico que esto puede conllevar en las parejas y en su habilidad para afrontar los tratamientos, la paternidad/maternidad en el caso de un tratamiento exitoso, y el embarazo o pérdida del mismo.

De acuerdo con Antequera Jurado et al. (2008) lo particular de la infertilidad es que cada inicio de tratamiento representa un comienzo y cada fracaso un final. De manera que se activa un ciclo que va de la ilusión, la esperanza y el optimismo que experimentan las parejas cuando inician los tratamientos, a la preocupación, la obsesión e incluso la hipocondría ante la espera de los resultados, y a la posterior desilusión, tristeza y frustración cuando el tratamiento no ha tenido éxito. Esta alternancia de emociones positivas y negativas genera un desgaste emocional de variable intensidad que puede derivar en desajustes psicológicos como sentimientos de baja autoestima, síntomas de estrés, ansiedad y/o depresión, aislamiento, pérdida de control y de interés sexual (e.g., Bucarey Zelaya & Tapia Guerra,

2006; del Castillo Aparicio et al., 2009; Izzedin-Bouquet de Duran, 2011; Kraaij, Garnefski & Vlietstra, 2007; Moreno-Rosset & Martín Díaz, 2009; Nogueira, 2010). Si bien no abundan los estudios comparativos entre población fértil e infértil, un estudio español (Moreno-Rosset, del Castillo Aparicio, Ramírez-Uclés & Martín Díaz, 2011) encontró que la población infértil presenta mayor ansiedad autoinformada, afecto negativo –sobre todo en las mujeres infértiles–, y dificultad en la expresión emocional –particularmente en los hombres infértiles.

Algunos autores señalan que el impacto que tiene el diagnóstico de infertilidad en la pareja puede ser descrito como una crisis vital (Schmidt, Christensen & Holstein, 2004), en la que se puede observar un gran desgaste emocional, un importante agotamiento físico –particularmente para la mujer– y un elevado costo económico (Palacios & Jadresic, 2000). Es por ello que se destaca la importancia que reviste un adecuado manejo del estrés para mantener una calidad de vida aceptable y favorecer el éxito de los tratamientos (e.g., Antequera Jurado, et al., 2008; Izzedin-Bouquet de Duran, 2011; Kraaij, Garnefski, Schroevers, Weijmer & Helmerhorst, 2010; Nogueira, 2010; Pinto-Gouveia, Galhardo, Cunha & Matos, 2012; Sexton, Byrd & Kluge, 2010). Por ejemplo, de acuerdo con los datos hallados por Bucarey Zelaya y Tapia Guerra (2006), cuando una mujer diagnosticada con infertilidad presenta niveles elevados de estrés antes de someterse a un TRA aumenta en 15.227 veces la probabilidad de no embarazarse.

Es así que las estrategias de regulación emocional y de afrontamiento, factores clave en el manejo adecuado del estrés, adquieren

una relevancia fundamental (Kraaij et al., 2010; Kraaij, Garnefski & Schroevers, 2009; Pinto-Gouveia, et al., 2012; Silva, 2005).

La *regulación emocional* puede ser definida como el conjunto de estrategias que pone en funcionamiento un sujeto para mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo (Gross & Thompson, 2006). Es un proceso o conjunto de procesos reguladores de carácter heterogéneo que implican la posibilidad de evaluar y modificar las reacciones emocionales propias y de otros, con el fin de alcanzar metas específicas (Gross & Thompson, 2006; Hervás & Jódar 2008). Este concepto refiere a cualquier intento que hacen las personas para modificar la ocurrencia, intensidad o duración de un estado emocional, sea alterando alguno de los factores que anteceden a la emoción, o modificando algún aspecto de la naturaleza de la emoción. Investigaciones recientes sugieren que los déficits en la regulación emocional están vinculados al desarrollo de psicopatología (e.g., Cha & Nock, 2009; Silva, 2005); de aquí que la capacidad para regular adecuadamente las emociones ha demostrado ser un factor fundamental para la salud y el bienestar de las personas (e.g., Gross & Thompson, 2006; Hodas, 2010; Lopes, Salovey & Straus, 2003).

En cuanto a las *estrategias de afrontamiento* actúan como factores estabilizadores que ayudan a un sujeto a mantener niveles adaptativos en momentos de estrés o ante situaciones específicas que generan tensión. Se definen como los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para manejar las demandas –internas o externas– que le resultan desbordantes, con la finalidad de reducir la tensión (Lazarus, 1993; Lazarus

& Folkman, 1984). En general, el afrontamiento puede estar centrado en el problema o en la emoción, y basarse en estrategias de aproximación o de evitación. No existe consenso en relación a cuál es la modalidad que resulta óptima o más adaptativa, ya que esto dependerá de la situación particular, del contexto, y de otras variables que intervienen en la evaluación que realiza la persona (Lazarus & Folkman, 1984; Moos, 1993).

Particularmente, se cuenta con pocos estudios sobre regulación emocional y afrontamiento en personas que padecen infertilidad, y más aún que se ocupen simultáneamente del análisis de ambas variables. No obstante, se han relevado algunos estudios, en su mayoría de origen español y holandés aunque con resultados divergentes. En el estudio realizado por Moreno-Rosett et al. (2011), no se encontraron diferencias entre el grupo fértil-infértil en cuanto al predominio de afecto positivo, recursos personales (entendido en dicho estudio como personalidad resistente, sensación de control y tolerancia a la frustración), y recursos interpersonales en lo referido a la percepción de apoyo del entorno. Sin embargo, en una investigación previa realizada por el mismo equipo (Moreno-Rosset, Antequera & Jenaro, 2008), encontraron en la población infértil puntuaciones superiores en recursos adaptativos y personales. En esta misma investigación se observó que la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes infértiles estaba asociada al uso de estrategias de afrontamiento evitativas, lo que no favorecía la aceptación del diagnóstico de la enfermedad ni la adherencia a los tratamientos.

En otro estudio que analizó la relación entre afecto, afrontamiento e infertilidad (Kraaij et al., 2009), se constató que las personas infértiles que manejaban más eficientemente el hecho de no poder tener hijos informaron más afecto positivo y predominio de estrategias de afrontamiento adaptativas de tipo cognitivo. A su vez, los resultados obtenidos por Peterson, Newton, Rosen y Skaggs (2006) mostraron que las mujeres utilizaban predominantemente estrategias de confrontación, búsqueda de apoyo social y evitación, comparadas con los hombres que informaron más estrategias de autocontrol y de resolución activa de problemas. Asimismo hallaron una fuerte asociación entre el estrés percibido y el uso de estrategias evitativas.

En síntesis, los hallazgos aportados por diferentes estudios indican claramente que un afrontamiento adaptativo y la adecuada regulación de los estados emocionales disminuyen el impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes infértiles, y favorecen una mejor adherencia a los programas de reproducción. En este sentido, Moreno-Rosset et al. (2011) sostienen que es fundamental que la intervención psicológica se dirija al fortalecimiento de los recursos de la persona que padece infertilidad y a la expresión de sus emociones, para evitar el desajuste emocional y trabajar en sentido preventivo, sobre todo teniendo en cuenta que no siempre los TRA tienen un resultado positivo.

A pesar de ello, en general a nivel internacional el foco de las investigaciones sigue versando sobre los efectos negativos de la enfermedad (p.e. ansiedad y depresión). Particularmente en la Argentina, a

pesar del creciente interés en el tema (recientemente se ha sancionado la Ley Nacional N°26.862 de Fertilización Medicamente Asistida), no se han encontrado estudios empíricos que evalúen las características del afrontamiento y la regulación emocional en personas que presentan infertilidad. Por ello resulta necesario estudiar y analizar las variables que pueden actuar como factores protectores amortiguando el malestar y el impacto negativo que el diagnóstico de infertilidad pueda tener sobre la vida de quienes la padecen.

Desde esta perspectiva, el estudio que se presenta se propuso estudiar las relaciones entre estrategias de regulación emocional y de afrontamiento en mujeres que padecen infertilidad. En función de ello, los objetivos específicos fueron: 1) identificar la presencia de indicadores de desajuste emocional y síntomas clínicos en mujeres infértiles; 2) describir las estrategias de afrontamiento y de regulación emocional en dicha muestra; 3) estudiar la relación entre estrategias de afrontamiento, regulación emocional, desajuste y síntomas clínicos; 4) analizar las diferencias en afrontamiento y regulación emocional en función de los síntomas clínicos, el desajuste emocional y el grado de satisfacción vital informado; y 5) estudiar el efecto diferencial del tipo de infertilidad, el tiempo de evolución de la enfermedad, la cantidad y tipo de tratamientos realizados y la edad sobre las variables bajo estudio.

2. Método

2.1. Diseño y tipo de estudio.

Descriptivo-correlacional, basado en un diseño no experimental, de corte transversal.

2.2. Participantes

Se trabajó sobre una muestra intencional de 94 mujeres con diagnóstico de infertilidad, con edades comprendidas entre 20 y 44 años (*M* = 36.50; *DS* = 7.92) y residentes en la provincia de Buenos Aires. El 95.7% de las participantes informaron estar en pareja. En cuanto al máximo nivel de estudios, el 20.2% informó estudios secundarios, el 16% terciario incompleto, el 16% terciario completo, el 20.2% universitario incompleto, y el 27.6% universitario completo.

2.3. Instrumentos

El protocolo de evaluación aplicado incluyó un Registro de Datos Sociodemográficos y Clínicos específicamente confeccionado para este estudio, y cinco medidas de autoinforme (ver Anexo) que se describen a continuación:

<u>Registro de Datos</u>

Tuvo una doble finalidad y se organizó en cuatro niveles de información: a) Datos sociodemográficos básicos, como edad, condición vincular, tiempo de convivencia, hijos, nivel de estudios alcanzado propios y de la pareja, y ocupación; b) datos clínicos relacionados con la enfermedad, como diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, cirugías asociadas, pérdida de embarazos, tipo y cantidad de Tratamientos de Reproducción Asistida realizados con anterioridad y/o en curso; c) afrontamiento y recursos, como búsqueda de apoyo (amigos, familiares, grupos de autoayuda, apoyo espiritual, psicológico, psiquiátrico, prácticas alternativas, actividades recreativas, y otros); d) grado de afectación vital por el diagnóstico.

Cuestionario de Síntomas SA-45 (Sandín, Valiente, Chorot, Santed & Lostao, 2008).

El Cuestionario de Síntomas SA-45 es un autoinforme de *screening* de síntomas psicopatológicos derivado del Inventario de Síntomas SCL-90 (Derogatis, 1994). Es una escala breve y exige un mínimo de comprensión lectora (sexto grado). Consiste en nueve escalas de 5 ítems cada una que se detallan a continuación:

1) *Somatizaciones* (SOM): evalúa la presencia de malestar percibido relacionado con diferentes disfunciones corporales, por ejemplo síntomas cardiovasculares, gastrointestinales, y respiratorios.

2) *Obsesiones y compulsiones* (OBS): incluye síntomas referidos a pensamientos, acciones e impulsos vividos como disruptivos, imposibles de evitar, o no deseados.
3) *Sensitividad interpersonal* (SI): alude a la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, particularmente cuando la persona se compara con sus semejantes.
4) *Depresión* (DEP): refiere a manifestaciones clínicas como estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas.
5) *Ansiedad* (ANS): indaga la presencia de signos generales de ansiedad como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos.
6) *Hostilidad* (HOS): hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de afectos negativos de enojo, como gritar, o golpear cosas.
7) *Ansiedad Fóbica* (FOB): a diferencia de la escala ansiedad, esta escala alude a una respuesta persistente de miedo, ya sea a personas específicas, lugares, objetos, y/o situaciones, que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación al estímulo que la genera.
8) *Ideación Paranoide* (PAR): evalúa desórdenes del pensamiento, como por ejemplo pensamiento proyectivo, suspicacia, y temor a la pérdida de autonomía.
9) *Psicoticismo* (PSIC): incluye un amplio espectro de síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y sensación de control del pensamiento.

La SA-45 ofrece una escala de respuesta de 5 opciones de intensidad (0 = Nada a 4 = Mucho) y permite obtener una media por cada escala.

De acuerdo a los datos aportados por la versión española, el inventario muestra adecuados niveles de confiabilidad respecto a la consistencia interna para las dimensiones (valores registrados entre α = .71 y α = .85). Para la muestra bajo estudio se obtuvieron valores similares en la mayoría de las escalas (entre α = .66 y α = .86), a excepción de la escala Psicoticismo que presentó un valor de α = .48. En ambas muestras el índice de Cronbach para la escala total fue de α = .95.

Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988; adaptación Moriondo, Palma, Medrano & Murillo, 2012).

Esta técnica está basada en el modelo bifactorial del afecto de Watson y Tellegen (1985) que sugiere que la estructura afectiva está conformada por dos factores principales: AP que refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasmada, activa, alerta, con energía y participación gratificante; y AN que representa una dimensión general de distress subjetivo y participación desagradable, que incluye estados displacenteros como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo. Es una escala Likert de 20 ítems, breve y sencilla que consiste en adjetivos que describen estados afectivos (10 para AP y 10 para AN), y para la cual el sujeto debe indicar su grado de acuerdo con cada descriptor (1 = muy en desacuerdo a 5 = muy de acuerdo).

La adaptación Argentina (Moriondo et al., 2012) aporta niveles adecuados de consistencia interna (α = .73 para la escala AP y α = .82 para la escala AN). Los valores obtenidos para la muestra bajo estudio fueron algo mayores (AP α = .85; AN α = .90).

Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad DERA (Moreno-Rosset et al., 2008).

El Cuestionario DERA permite obtener información del posible desajuste emocional que puedan sufrir las personas infértiles, y a la vez informa sobre los recursos adaptativos -personales e interpersonales- de los que puedan disponer o adolecer los sujetos evaluados. Consta de 48 reactivos que evalúan 3 dimensiones:

1) *Desajuste emocional* (DE): mide la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa (26 ítems).

2) *Recursos interpersonales* (RI): hace referencia a los apoyos percibidos y/u obtenidos por el sujeto, a partir de la interacción con su entorno –pareja, amigos, y familia– y en relación a sí mismo –afabilidad– (11 ítems).

3) *Recursos personales* (RP): evalúa aspectos vinculados a la personalidad resistente como sentido del compromiso, sensación de control personal sobre los acontecimientos, apertura hacia las novedades o cambios de vida, y a aspectos como dinamismo, actividad, entusiasmo, capacidad

para imponerse a los demás, afrontar riesgos y tolerar el fracaso (11 ítems).

El DERA ofrece una escala de respuesta Likert de 5 opciones (desde 1 = absolutamente falso hasta 5 = absolutamente verdadero). Se obtienen 4 puntuaciones, una por cada dimensión y una cuarta denominada Recursos adaptativos, resultante de la suma de los factores RI y RP.

Según los datos ofrecidos por Moreno-Rosset et al. (2008), el índice de consistencia interna alpha de Cronbach para la escala Desajuste emocional es α = .90, Recursos interpersonales α = .78, Recursos personales α = .57 y Recursos adaptativos (suma de RI y RP) α = .74. En la muestra bajo estudio, tanto la escala DE como RP mostraron niveles adecuados de confiabilidad, α = .90 y α = .79 respectivamente. Sin embargo, RI presentó un coeficiente bajo (α = .25) por lo que será excluida del análisis. En función de los objetivos de este estudio, solo se considerará la dimensión desajuste emocional.

Escalas de Dificultades en la Regulación Emocional DERS (Gratz & Roemer, 2004; adaptación Medrano & Trogolo, 2012).

La escala fue diseñada para evaluar las dificultades en las estrategias de regulación emocional. Es una escala relativamente breve y sencilla con un formato de respuesta Likert de 5 opciones (1 = casi nunca a 5 = casi siempre). La versión original consta de 36 ítems y permite obtener una medida de aspectos considerados relevantes en el proceso regulatorio de

las emociones, y una medida general. La versión argentina, aunque con 28 ítems, mantiene las seis dimensiones originales.

1) *Dificultades en el control de impulsos* (DCI): evalúa dificultades en el control de impulsos y el propio comportamiento cuando se experimenta una emoción negativa (6 ítems).
2) *Acceso limitado a estrategias de regulación emocional* (ALE): mide las dificultades del sujeto para poner en funcionamiento estrategias de regulación emocional frente a emociones negativas (6 ítems).
3) *Falta de aceptación emocional* (FAE): alude a la falta de aceptación frente a emociones que aparecen ante situaciones estresantes (6 ítems).
4) *Interferencia en conductas orientadas a metas* (INT)*:* evalúa cómo el desajuste emocional experimentado desenfoca al sujeto de objetivos específicos y metas concretas (5 ítems).
5) *Falta de conciencia emocional* (CCE): refiere al grado de conciencia que tiene el sujeto de sus emociones y estados anímicos (6 ítems).
6) *Falta de claridad emocional* (CLA)*:* evalúa la falta de nitidez del sujeto sobre su registro emocional (6 ítems).

Las DERS permiten obtener un puntaje total y 6 puntuaciones que reflejan desregulación emocional a partir de la presencia de dificultades en las dimensiones incluidas. Los datos ofrecidos por Medrano y Trogolo (2012) muestran que las diferentes subescalas presentan una elevada consistencia interna, con valores que varían entre α = .70 y α = .87, a excepción de la dimensión *Acceso limitado a las estrategias de regulación emocional* que

presentó un α = .54. En el presente estudio, se obtuvieron alphas entre moderados y bajos α = .68 y α = .24, por lo que no se incluirán en el análisis las escalas que presentaron bajo consistencia interna: *Interferencia en conductas orientadas a metas* (α = .24) y *Falta de conciencia emocional* (α = -.27).

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, descripto 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 que el sujeto valora el grado de predictibilidad, novedad, y percepción de amenaza/desafío en base a 4 opciones de respuestas (0 = No a 3 = Si, 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 = Si, bastante a menudo) y permiten medir 8 estrategias de afrontamiento (cada una compuesta por 6 reactivos):

1) *Análisis lógico* (AL): refiere a intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias.
2) *Revalorización positiva* (RP): mide intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.
3) *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.
4) *Resolución de problemas* (RPr): evalúa intentos conductuales de realizar acciones dirigidas directamente al problema.
5) *Evitación cognitiva* (EC): alude a los intentos cognitivos vinculados a evitar pensar en el problema de forma realista.
6) Aceptación/Resignación (AA): refiere a aquellos intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo con resignación.
7) Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BG): incluye intentos conductuales de involucrarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.
8) 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 (α = .81), Evitación (α = .79), Cognitiva (α = .76), Conductual (α = .77). Los datos para esta muestra indican niveles de consistencia interna similares para las escalas globales (entre α = .62 y α = .86), aunque algo menores para las específicas (entre α = .37 y α = .75). Por lo tanto, no se ha incluido la subescala de Aceptación-Resignación en los análisis (α = .37).

Escala de satisfacción vital ESV (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).

La satisfacción vital se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido –sus logros– con lo que esperaba obtener –sus expectativas–. Este concepto incluye dos componentes claramente diferenciados, por un lado, los juicios cognitivos sobre la satisfacción con la vida, y por otro, las evaluaciones afectivas.

Posee 5 dimensiones –Funcionamiento psicológico, Funcionamiento social, Funcionamiento físico, Salud percibida, y Calidad de vida– operacionalizadas en 5 ítems con alternativas de respuesta tipo Likert que

varían entre Muy en desacuerdo (1) y Muy de acuerdo (5). La versión original de la escala presentó niveles de confiabilidad más elevados (α = .87) que para la muestra bajo estudio (α = .79).

2.4. Procedimiento

En primera instancia se organizó el protocolo a administrar. Luego se establecieron los contactos con instituciones de la provincia de Buenos Aires dedicadas a la orientación, asesoramiento y/o tratamiento de personas con infertilidad. Concretamente se trabajó con 4 establecimientos: CONCEBIR, Abrazo por Dar Vida, y Sumate a Dar Vida Mar del Plata. Se realizaron las respectivas gestiones y se solicitaron las autorizaciones para la recolección de la muestra. La administración propiamente dicha tuvo una duración de aproximadamente una hora y se extendió durante 4 meses. Se llevó a cabo de manera colectiva en espacios facilitados por las instituciones colaboradoras. En todos los casos la participación fue anónima, confidencial, voluntaria y bajo consentimiento informado.

2.5. Análisis de los datos

En el análisis de datos se ha aplicado estadística descriptiva e inferencial. Para los objetivos 1 y 2 se obtuvieron las puntuaciones medias y

desviaciones típicas. Para responder a los objetivos 3 y 4 se aplicaron análisis de correlación *r* de Pearson y prueba *t* de comparación de medias. Por último en el objetivo 5, donde se buscó establecer el efecto diferencial de otras variables, se aplicó prueba *t* de comparación de medias y tres ANOVA de un factor de acuerdo al requerimiento de los datos.

3. Resultados

Objetivo 1.

Los estados sintomáticos no alcanzaron valores clínicos en la muestra evaluada. Sobre un rango de puntuaciones entre 0 y 5 puntos, los estadísticos descriptivos obtenidos se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.

Puntuaciones medias de las escalas sintomáticas

SA-45	*M* (rango 1-5)	*DS*
DEP	1.32	1.00
ANS	1.09	.72
SOM	.99	.76
OBS	.92	.88
SI	.75	.78
HOS	.65	.74
IP	.63	.56
AF	.44	.61
PSI	.25	.39

Nota. SOM = Somatización; OBS = Obsesión-Compulsión; SI =

Sensibilidad Interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; IP = Ideación Paranoide; AF = Ansiedad Fóbica; PSI = Psicoticismo

Un análisis pormenorizado de las puntuaciones medias de las escalas, permitió observar que los síntomas con mayor frecuencia de aparición fueron los referidos a sentimientos de tristeza, nerviosismo, ansiedad, desesperanza respecto al futuro, preocupación, y dolores musculares; todos esperables en función de la situación que se encuentran transitando las mujeres bajo estudio.

En cuanto al desajuste emocional, la media obtenida para la muestra bajo estudio (*M* = 68.99; *DS* = 16.87; Rango = 5-130 / P65) indica un grado moderado de desajuste, según las normas aportadas para población española por Moreno-Rosset et al. (2008).

Respecto al distress subjetivo informado por la escala Afectividad Negativa, la muestra obtuvo una *M* = 28.67; *DS* = 8.21 (Rango = 5-50) valor mayor a la referencia aportada por el estudio cordobés (Moriondo et al., 2012) para población general.

Objetivo 2.

En relación a las estrategias de afrontamiento, se encontró un leve predominio de las estrategias de aproximación –Búsqueda de apoyo, Resolución de problemas, y Reevaluación positiva– y de la estrategia de

evitación Búsqueda de gratificaciones alternativas. A continuación se presentan los resultados en la tabla 2.

Tabla 2.

Puntuaciones medias de las estrategias de afrontamiento y escalas globales

CRI-A	*M* (rango 0-18)	*DS*
BA	13.64	3.30
RPr	12.05	4.15
RP	10.87	3.59
BGA	10.94	3.79
AL	10.20	3.65
DE	8.87	3.11
EC	8.42	3.09
Escalas globales		
Aproximación	46.77	12.16
Evitación	35.96	9.42
Conductuales	45.51	11.26
Cognitivas	37.22	9.37

Nota. BA = Búsqueda de apoyo; RPr = Resolución de problemas; RP = Reevaluación positiva; BGA = Búsqueda de Gratificaciones Alternativas, AL = Análisis lógico; DE = Descarga Emocional; EC = Evitación Cognitiva.

Como puede observarse, las modalidades de afrontamiento conductuales y por aproximación resultaron predominantes en la muestra evaluada. Específicamente, la estrategia más utilizada es la búsqueda de orientación y apoyo social, y la de menor frecuencia de uso la evitación cognitiva.

En cuanto a la escala de Afectividad Positiva (PANAS), la media obtenida (*M* = 32.48; *DS* = 7.30; Rango = 5-50) también alcanzó valores moderados comparada con los datos de la población cordobesa (Moriondo et al., 2012).

Para efectuar el análisis de las escalas DERS, se calculó el promedio para cada una de ellas, se compararon las puntuaciones y se estimaron las medias y desvíos (tabla 3) con el fin de observar la distribución en las dificultades de regulación emocional en el grupo muestral.

Tabla 3.

Puntuaciones medias y desvío estándar para las escalas DERS

DERS	*M* (rango 1-5)	*DS*
DCI	2.42	.65
ALE	2.59	.94
FAE	2.40	.64
CLA	2.21	.76
TOTAL	60.95	17.69

Nota: DCI = Dificultades en el control de los impulsos; ALE = Acceso limitado a estrategias de regulación emocional; FAE = Falta de aceptación emocional; CLA = Falta de claridad emocional; Total = Puntuación total en las DERS

En líneas generales las puntuaciones en las distintas escalas son similares y no indican dificultades importantes en la regulación de los estados emocionales informados. En este caso, no se cuenta con datos locales para realizar comparaciones normativas con población general.

Objetivo 3

Se analizaron las correlaciones *r* de Pearson entre desajuste emocional, escalas sintomáticas, estrategias de afrontamiento y regulación emocional. Los resultados hallados muestran asociaciones positivas significativas entre las escalas de las DERS –a excepción de Falta de claridad emocional–, la dimensión desajuste emocional del DERA y las escalas sintomáticas de la SA-45. Solo se presentan los resultados significativos en la tabla 4.

Tabla 4.

Correlaciones entre escalas de regulación emocional, estrategias de afrontamiento, desajuste emocional y síntomas clínicos

	DERA	SA-45								
DERS	DE	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	AF	IP	PSI
DCI	**.67****	.44**	.56**	.56**	.62**	.60**	.68**	.33**	.48**	.36**
ALE	.49**	.41**	.42**	.44**	.53**	.35**	.44**	.27**	.38**	.31**
FAE	.50**	.34**	.47**	.47**	.49**	.52**	.39**	.44**	.37**	.54**

CLA	.46**	.26**	.44**	.34**	.36**	.38**	.30**	-	.37**	.51**
DERS Total	.59**	.53**	.67**	.64**	.64**	.64**	.64**	.52**	.54**	.53**
PANAS AN	.64**	.47**	.57**	.52**	.59**	.68**	.55**	.29**	.34**	.33**
PANAS AP	-.30*	-	-	-	-.39**	-	-.25*	-	-	-

Nota: DCI = Dificultades en el control de los impulsos; ALE = Acceso limitado a estrategias de regulación emocional; FAE = Falta de aceptación emocional CLA = Falta de claridad emocional; DERS Total = Puntuación total obtenida en las DERS; PANAS AN = Afectividad Negativa; PANAS AP = Afectividad Positiva. DERA DE = Desajuste Emocional. SOM = Somatización; OBS = Obsesión-Compulsión; SI = Sensitividad Interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; AF = Ansiedad Fóbica; IP = Ideación Paranoide; PSI = Psicoticismo

*$p \leq .05$; **$p \leq .01$

Estos resultados ponen en evidencia relaciones positivas entre dificultades en la regulación emocional, desajuste emocional y síntomas clínicos, particularmente ansiedad y depresión. Asimismo se observa que puntuaciones más elevadas en Afectividad Negativa se asociaron positivamente con más síntomas y Desajuste emocional autoinformado.

En relación a las estrategias de afrontamiento, no se obtuvieron los resultados esperados. Solo la dimensión Evitación cognitiva mostró correlaciones positivas con la mayoría de las escalas de síntomas (SA-45), de dificultades de regulación emocional (DERS) y desajuste emocional (DERA). De todos modos se trata de coeficientes de débil magnitud (entre $r = .22$ y $r = .34$; $p < .05$ y .01).

Por otro lado, se hallaron asociaciones positivas entre las 4 escalas de estrategias de afrontamiento por aproximación y afectividad positiva (PANAS). Particularmente en esta muestra, Búsqueda de apoyo fue la que más se asoció con AP ($r = .52$; $p < .01$). Mientras que Evitación cognitiva se asoció de manera positiva con AN ($r = .43$; $p < .01$).

Objetivo 4.

Se realizó una prueba *t* de comparación de medias para analizar la presencia de diferencias significativas en las estrategias de regulación emocional y de afrontamiento en función de la presencia-ausencia de desajuste emocional (tabla 5). Para ello se utilizó como criterio estadístico de segmentación de la muestra la media aritmética de las puntaciones en dicha variable.

Tabla 5.

Diferencia de medias en estrategias de regulación emocional según presencia-ausencia de desajuste emocional

DERS	*M*	*T*
DCI	↓DE = 12.48 ↑DE = 16.68	-6.1***
ALE	↓DE = 6.54 ↑DE = 9.10	-4.84***
FAE	↓DE = 12.65 ↑DE = 16.33	-5.17***
CLA	↓DE = 7.58 ↑DE = 10.15	-4.49***
DERS Total	↓DE = 51.95 ↑DE = 70.33	-5.87***

Nota: DCI = Dificultades en el control de los impulsos; ALE = Acceso limitado a estrategias de regulación emocional; FAE = Falta de aceptación emocional; CLA = Falta de claridad emocional; Total = Puntuación total obtenida en las DERS. ↓DE (n = 48) = Menos desajuste emocional. ↑DE (n = 46) = Más desajuste emocional
**p<0.01; ***p<0.001.

Como se observa en la tabla 5, el grupo con menos desajuste emocional, presentó puntuaciones significativamente menores en las escalas DERS, es decir, informó dificultades menos frecuentes para regular sus estados emocionales. Respecto a las estrategias de afrontamiento, si bien se observan diferencias en las medias de ambos grupos, solo mostró significación estadística la estrategia Evitación cognitiva (↓DE M = 7.59; ↑DE M = 9.21; t = -2.75; p < 0.01). Se realizó complementariamente un análisis de ítems para identificar cuáles eran los reactivos que aportaban la diferencia en dicha escala. Específicamente se encontró en los contenidos referidos al deseo de que la condición de infertilidad no hubiera ocurrido (p.e. *¿Deseó que el problema hubiera desaparecido o pasado?; ¿Se imaginó un tiempo o lugar mejor del que usted vive?*), y no en los que describían la negación del problema o la intención de desentenderse de él (p.e. *¿Trató de negar lo serio que en realidad era el problema?*; *¿Evitó pensar en el problema, aun sabiendo que en algún momento debía pensar en él?*).

Para analizar las diferencias en regulación emocional y estrategias de afrontamiento según el grado de satisfacción vital informado, se segmentó la muestra en dos grupos también en función de la media aritmética (M = 16.45; DS = 3.96). Luego se calculó una prueba t para muestras independientes. En la tabla 6 se presentan los resultados con significación estadística.

Tabla 6.

Diferencia de medias en estrategias de regulación emocional según satisfacción vital informada

		M	*t*
DERS	ALE	↓S = 8.55 ↑S = 7.19	2.30*
	CLA	↓S =9.66 ↑S = 8.17	2.42*
	DERS Total	↓S = 65.80 ↑S =57.02	2.45*
CRI-A	RP	↓S = 10.07 ↑S = 11.52	-1.98*
	BA	↓S = 12.71 ↑S =14.39	-2.51*
	RPr	↓S = 11.07 ↑S = 12.84	-2.09*
	E. Aprox	↓S = 43.59 ↑S = 49.34	-2.33*

Nota. ALE = Acceso limitado a estrategias de regulación emocional; CLA = Falta de claridad emocional. DERS Total = Puntaje total Escala DERS. PR = Reevaluación positiva; BA = Búsqueda de apoyo; RPr = Resolución de problemas; E. Aprox = Escala global de estrategias de aproximación. ↓S (n = 42) = baja satisfacción vital. ↑S (n = 52) = Alta satisfacción vital.

*p<0.05

Los resultados muestran que el grupo de mujeres con mayor satisfacción vital informada presenta dificultades menos frecuentes en la

regulación emocional en general, y específicamente manifiestan mayor claridad respecto a sus estados emocionales, y más capacidad para poner en funcionamiento estrategias de regulación frente a la experiencia de emociones negativas. Asimismo, informan significativamente más uso de estrategias de aproximación, como la Reevaluación positiva, la Búsqueda de apoyo, y la Resolución de problemas.

Objetivo 5.

En primer lugar se analizó el efecto diferencial de la edad sobre las variables bajo estudio. Para ello la muestra se dividió en dos grupos, considerando como criterio la edad en que comienza a declinar pronunciadamente la curva de fertilidad en la mujer (American Society for Reproductive Medice, 2013). Los resultados encontrados señalan diferencias significativas solo en las subescalas del CRI-A Resolución de problemas (t = -2.63; $p < 0.01$) y Descarga emocional (t = 1.98; $p < 0.05$). El grupo etario comprendido entre 20 a 35 años recurre a la estrategia de Descarga Emocional más frecuentemente, mientras que el grupo de 36 a 44 años dice utilizar en mayor medida la estrategia Resolución de problemas.

Luego se realizaron tres ANOVA de un factor. Primero se analizó el efecto del tipo de infertilidad en las variables estudiadas, considerando 4 grupos: factor femenino, factor masculino, combinado y causa desconocida. No se hallaron diferencias significativas para ninguna de las variables analizadas en función de esta condición.

Para estudiar el impacto del tiempo de evolución de la enfermedad, se establecieron tres grupos según la cantidad de años que poseen el diagnóstico de infertilidad: *grupo 1* = hasta dos años; *grupo 2* = entre tres y cinco años; y *grupo 3* = seis o más años. Solo se hallaron diferencias significativas en la estrategia Reevaluación positiva del CRI-A, indicando que el grupo 1, es decir, con menos tiempo de diagnóstico la utiliza más que el grupo 2 ($F = 3.10$; $p < .05$).

Por último, se recodificó la variable Cantidad de tratamientos de fertilización asistida (TRA) en tres grupos: *grupo 1* = ningún tratamiento realizado; *grupo 2* = entre uno y tres tratamientos; *grupo 3* = cuatro o más tratamientos. Las mujeres que aún no habían realizado ningún tratamiento informaron significativamente más síntomas de obsesiones y compulsiones ($F = 4.01$; $p < .05$), de depresión ($F = 5.56$; $p < .05$), de ansiedad ($F = 3.95$; $p < .05$) y de ansiedad fóbica ($F = 4.08$; $p < .05$) que las mujeres del grupo 2, así como mayor desajuste ($F = 4.58$; $p < .05$) y dificultades en la regulación emocional ($F = 4.70$; $p < .05$). Asimismo expresaron más dificultad para aceptar las emociones elicitadas por situaciones estresantes ($F = 7.18$; $p < .05$) que las mujeres con tratamientos realizados (grupos 2 y 3), y mayor frecuencia de uso de la estrategia de afrontamiento Descarga emocional ($F = 3.76$; $p < .05$) que el grupo 3.

Por otro lado, el grupo 2 evidenció menos afectividad negativa ($F = 8.57$; $p < .05$) y más capacidad para controlar los propios impulsos ante la experiencia de emociones negativas ($F = 8.41$; $p < .05$) que las mujeres de los grupos 1 y 3.

4. Discusión

Este estudio se propuso identificar y evaluar características de la regulación emocional y del afrontamiento en mujeres de la provincia de Buenos Aires que padecen infertilidad.

En términos generales no se informaron estados sintomáticos con valor clínico. No obstante, se observaron más síntomas obsesivo-compulsivos, depresión, ansiedad, y más dificultades en la regulación emocional en mujeres que al momento de la administración no habían realizado tratamientos. Esto orienta a pensar que probablemente la presencia y características de los síntomas clínicos se asocian a la evolución y las distintas etapas del tratamiento más que a la condición de infertilidad en sí. Estos datos coinciden con los hallazgos de otros estudios (Llavona Uriberea, 2008; Moreno-Rosset et al., 2009; Muñoz, Kirchner, Forns, Peñarrubia & Balasch, 2009). Por ejemplo, un estudio realizado sobre una muestra de 212 individuos infértiles residentes en el Norte de Portugal

(Nogueira, 2010) indica que a pesar de la condición potencialmente inductora de estrés que implica la infertilidad la mayor parte de los participantes no alcanzaron sintomatología ansiosa y/o depresiva clínicamente significativa.

Siguiendo esta tendencia, el estudio realizado encontró valores moderados de desajuste emocional (presencia de ciertos síntomas compatibles con estados depresivos y ansiosos) con una leve tendencia a la inestabilidad emocional, grado de desajuste también informado por otros estudios que utilizaron el mismo instrumento de medida (Lourdes López, Alarcón Domingo & Cubo Delgado, 2013; Moreno-Rosset, 2009; Moreno Rosset et al., 2008). Asimismo, las puntuaciones moderadas en afecto positivo y negativo también son acordes con los hallazgos de otras investigaciones (e.g., del castillo Aparicio et al., 2009 Kraaij et al. 2010; Moreno Rosset et al., 2011).

Estos hallazgos llevan a reconsiderar la tendencia a asociar infertilidad con desajuste emocional y psicopatología. Llavona Uriberea (2008) menciona que los resultados de las investigaciones están a favor de la despatologización de la infertilidad, si bien puede haber algunas personas con serios problemas psicológicos que requieren ayuda profesional. Diversos autores (e.g. Barra Almagia & Vaccaro Huespe, 2013; Carreño, Bium, Sánchez & Henales, 2008) advierten sobre la tendencia a sobrediagnosticar alteraciones psicológicas en mujeres con infertilidad. El hecho de que el afecto negativo y el desajuste emocional se encuentren más elevados es esperable, dada la experiencia del límite y falta de control que

les supone la nueva condición y su carácter crónico, el deseo de ser padres que se ve frustrado o amenazado repetidamente, y estrés ocasionado por la exposición a los tratamientos. Consistentemente, los ítems que aportaron la diferencia son aquellos que indagan contenidos referidos a sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad, nerviosismo, tensión y preocupación. Como plantea Antequera Jurado et al. (2008), cuando las mujeres comienzan con los TRA suelen sucederse una alternancia de emociones positivas y negativas que genera un desgaste emocional, y en muchos casos hay aumentos de síntomas de ansiedad, nerviosismo y preocupación excesiva; es decir son estados emocionales ligados a las distintas etapas de la enfermedad y los TRA, más que a la enfermedad en sí misma.

En la misma línea, la ausencia de puntuaciones que señalen dificultades en la regulación de los estados emocionales negativos, no necesariamente indicaría un resultado anómalo, sino que puede informar que se trata de mujeres que poseen distintas estrategias para manejar la ansiedad, tristeza, y/o agresividad que se suscitan ante la problemática de la infertilidad, y que pueden favorecer el control de los impulsos, la claridad y aceptación de los propios estados emocionales generados. De ser así, se convierte en un valioso recurso asociado a la calidad adaptativa del afrontamiento. Esto también permitiría entender parcialmente al menos la ausencia de valores elevados de desajuste y síntomas clínicos, señalando que un adecuado manejo de los estados emocionales negativos amortigua la aparición de sintomatología clínica. Berghuis y Stant (2002) han expresado que el adecuado procesamiento emocional antes de la inseminación artificial

tiene un impacto positivo al disminuir el nivel de estrés. Esto permite pensar que la habilidad de las personas para poder manejar los estados negativos, puede resultar un factor que favorezca el ajuste saludable en las mujeres que padecen infertilidad.

En relación a las estrategias de afrontamiento, el leve predominio de las estrategias de aproximación –Búsqueda de apoyo, Resolución de problemas, y Reevaluación positiva– y de la estrategia de evitación Búsqueda de Gratificaciones Alternativas que se ha encontrado, son resultados que siguen la línea de otras investigaciones (Barra Almagiá & Vaccaro Huespe, 2013; Kraaij, et al., 2007, 2010; Muñoz et al., 2009; Peterson et al., 2006). En la literatura se observa que la estrategia utilizada con mayor frecuencia es la búsqueda de apoyo, lo cual se corresponde con la necesidad e importancia que puede tener en estos casos contar con personas y espacios para compartir la experiencia de infertilidad. En este punto, no puede dejar de señalarse que las mujeres que participaron en este estudio fueron convocadas en su mayoría a través de grupos y asociaciones de ayuda mutua para personas con infertilidad, algo compatible con el hecho de ser el afrontamiento basado en búsqueda de apoyo la estrategia más informada.

A su vez, se han encontrado investigaciones que asocian la estrategia de evitación cognitiva con puntuaciones superiores en depresión (e.g., Kraaij et al., 2007; Nogueira, 2010). Sin embargo es interesante considerar que en este estudio la evitación cognitiva estuvo referida a la intención o deseo de

que la condición de infertilidad no sucediera o se resolviera satisfactoriamente, algo comprensible en la experiencia.

En términos generales, los resultados obtenidos son consistentes con la literatura. Sin embargo, en cuanto a las relaciones entre estrategias de afrontamiento y síntomas clínicos no se ha constatado la hipótesis planteada que presuponía que las mujeres con puntuaciones más elevadas en estrategias de afrontamiento y en regulación emocional más adaptativas presentarían significativamente menos malestar subjetivo y menor grado de desajuste emocional. En este sentido, el estudio realizado por Muñoz et al. (2009), ha mostrado resultados similares en relación a la ausencia de relaciones entre afrontamiento y síntomas en mujeres infértiles. Los autores han concluido que la explicación de la ansiedad y la depresión en el caso de parejas que inician un TRA debe ser hallada en otras variables distintas de las estrategias de afrontamiento y de los intentos previos de TRA. Es en esta misma dirección que puede suponerse que una clave importante para comprender la especificidad de la problemática de esta población se encuentre en la evolución de la enfermedad y en otros factores asociados a las distintas etapas que atraviesan estas personas ante el deseo de concebir y su imposibilidad, y no a la enfermedad en sí misma.

Los datos clínicos relacionados con el tipo de infertilidad, el tiempo de evolución de la enfermedad, el diagnóstico y el haber hecho o no tratamientos previos parecen tener un efecto modulador sobre las variables estudiadas pero no ser determinantes. De hecho, aun sin alcanzar valores

clínicos, las mujeres que no han hecho tratamiento de fertilización informaron más síntomas de obsesiones y compulsiones, depresión, ansiedad, y también dificultades en la regulación emocional. Esto podría relacionarse con el hecho de tratarse del grupo de mujeres más jóvenes que recibió el diagnóstico en los últimos dos años, y que en los primeros momentos implica alto grado de incertidumbre y sensación de incontrolabilidad.

En síntesis, los resultados obtenidos dan cumplimiento parcial a la hipótesis propuesta, básicamente en lo referido a la regulación emocional como factor importante en el desarrollo de desajuste emocional, de síntomas clínicos y el manejo del estrés ocasionado por la situación. No se constataron las relaciones esperadas con las estrategias de afrontamiento.

Finalmente, como todo estudio presenta algunas limitaciones a considerar. Por un lado, el tamaño de la muestra y el posible sesgo en su composición dado que las participantes fueron convocadas a través de asociaciones de ayuda mutua, por lo que puede suponerse que se trata de mujeres que se caracterizan por una actitud de búsqueda de apoyo, orientación y ayuda, tienden a expresar lo que les sucede respecto de esta problemática, y “luchan” por sus derechos reproductivos. Otra limitación se refiere a no haber contado con un “grupo control”, es decir, un grupo de mujeres fértiles, que permitiera efectuar comparaciones para establecer los aspectos diferenciales del grupo infértil en las variables analizadas. Por

último, también se considera una limitación no contar con baremos locales del DERA que ofrezcan valores de referencia representativos.

De todos modos, se considera que este estudio constituye un aporte relevante en el ámbito local dada la escasez de datos empíricos disponibles en relación a esta temática que genera nuevos interrogantes y sugiere posibles líneas futuras de investigación. Los datos encontrados, junto a los hallados por los estudios realizados en otros países y autores representativos en Psicología de la Reproducción (e.g. Antequera, et al., 2008; Moreno-Rosset, et al., 2009; Mata Barahona et al., 2007) enfatizan la necesidad de incorporar equipos de psicólogos dentro de las clínicas de reproducción asistida y de diseñar modelos de intervención específicos y tendientes a un abordaje integral, en lo relacionado al acompañamiento, la contención y la psicoprofilaxis de la infertilidad.

5. Referencias bibliográficas

American Society for Reproductive Medice. (2013). *Edad y fertilidad. Guía para pacientes.* Recuperado de http://www.reproductivefacts.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET%20Age%20and%20fertility%20corrected%20blueline%203-5-13.pdf.

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.

Barra Almagiá, E., & Vaccaro Huespe, M. A. (2013). Estrés percibido, afrontamiento y personalidad resistente en mujeres infértiles. *Liberabit. Revista de Psicología 19*(1), 113-119.

Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility, 83*(2), 275-183.

Bergart, A. M. (2000) La experiencia de las mujeres en el tratamiento de la infertilidad sin éxito. Trabajo Social en Salud 30 (4). La plataforma en línea para contenido de Taylor & Francis Group. Recuperado de http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J010v30n04_04#.U5aR_fl5MgQ

Berghuis, J. P., & Stanton, A. L. (2002). Adjustment to a Dyadic Stressor: A Longitudinal Study of Coping and Depressive Symptoms in Infertile

Couples Over an Insemination Attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 433-438.

Bucarey Zelaya, M. C., & Tapia Guerra, N. A. (2006). *Estudio correlacional entre los niveles de ansiedad, depresión y perfil de estrés en mujeres diagnosticadas con infertilidad.* Recuperado de http://users. udelmar.cl/loyola/WEBs/psicologia/ data /upimages/infertilidad.pdf

Carreño, J., Bium, B., Sánchez, C., & Henales, M. (2008). Salud psicológica en la mujer estéril. *Perinatología y Reproducción Humana, 15,* 169-175.

Cha, C., & Nock, M. K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*(4), 422-430.

Chiaffarino, F., Baldini, M., & Scarduelli, C. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology, 41,* 158-235.

Del Castillo Aparicio, M., Moreno-Rosset, C., Martín Díaz, M. A., & Ramírez-Uclés, I. (2009). Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo. *Anuario de psicología clínica y de la salud, 5,* 41-48.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49,* 71-75.

Dirección General de Estadísticas y Censos. (2012). *La fecundidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Situación al año 2011*. Ministerio de Hacienda de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/anuario_estad istico_2011.pdf

Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation.* New York: Guilford Press.

Hervás, G. & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud, 19*(2), 139-156.

Hodas, G. (2010). Emotionalintelligenceasaprotectivefactorinpublichealth. Recuperado desde http://www.parecovery.org/services _public_health .shtml

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2004). *Estimaciones y proyecciones de población. Total del país*. Buenos Aires: Serie Análisis Demográfico Nº 30. http://estadisticas.tierradelfuego.gov.ar/wp-content/uploads/2013/11/Estimaciones_Proyecciones_Pa%C3%ADs_1950_2015.pdf

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

Kissi, Y., Romdhane, A., Hidar, S., Bannour, S., Idrissi, K., Khairi, H., & Hadj Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology, 167*(2), 185- 189.

Kraaij, V., Garnefski, N., & Schroevers, M. J. (2009). Coping, goal adjustment, and positive and negative affect in definitive infertility. *Journal of Health Psychology, 14*(1), 18-26.

Kraaij, V., Garnefski, N., & Vlietstra, A. (2007). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29*(1), 9-16.

Kraaij, V., Garnefski, N., Schroevers, M.J., Weijmer, J., & Helmerhorst, F. (2010). Cognitive coping, goal adjustment, and depressive and anxiety symptoms in people undergoing infertility treatment a prospective study. *Journal of Health Psychology, 15*(6), 876-886.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* Nueva York: Springer

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

Lopes, P. N., Salovey, P., & Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences, 35*(3), 641-658.

Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G.A. (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLoS Medicine, 9*(12), e1001356.

Mata Barahona, M., Sáenz Ulate, G., & Ramírez Henderson, R. (2007). Infertilidad y estrés: una visión desde la medicina conductual. *Reflexiones, 86*(1), 77-86.

Medrano, L. A., & Trogolo, M. (2012, junio). *Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).* Memorias del IV Congreso regional de la sociedad Interamericana de Psicología (SIP). Bolivia.

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.

Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory.* Florida, USA: Psychological Assessment Resources. Inc.

Moreno-Rosset, C., & Martín Díaz, M. D. (2009). La ansiedad en parejas fértiles e infértiles. *Ansiedad y Estrés, 5*(1), 97-109.

Moreno-Rosset, C., Antequera, R., & Jenaro, C. (2008). DERA. Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad. Buenos Aires: TEA ediciones.

Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C., & Gómez, Y. (2009). La Psicología de la Reproducción: la Necesidad del Psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud, 20*(1), 79-90.

Moreno-Rosset, C., del Castillo Aparicio, M., Ramirez-Uclés, I., & Martín Díaz, M.D. (2011). Estados emocionales y afectivos en infertilidad: un estudio comparativo con personas fértiles. *Behavioral Psychology, 19*(3), 683-703.

Moriondo, M., Palma, P., Medrano, L. A., & Murillo, P. (2012). Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: análisis psicométricos preliminares. *Universitas Psychologica, 11*(1), 187-196.

Muñoz, D., Kirchner, T, Forns, M., Peñarrubia, J., & Balasch, J. (2009). Estresores vinculados a la infertilidad en parejas que inician un tratamiento de fecundación in vitro (FIV). *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, *5,* 99-105.

Nogueira, D. (2010). *Variables psicológicas en la infertilidad.* [Tesis doctoral] Universidad de Salamanca, España. Recuperado de http://hdl.handle.net/10366/76548

O'Donnell, A., & Carmuega, E. (1998). *La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños.* Boletín CESNI.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Sexual and reproductive health. Infertility.* Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/ topics/infertility/en/index.htm l

Palacios, E., & Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista Chilena Neuro-psiquiatría, 38,* 94- 103.

Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction, 21*(9), 2443–2449.

Pinto-Gouveia, J. Galhardo, A., Cunha, M., & Matos, M. (2012). Protective emotional regulation processes towards adjustment in infertile patients. *Protective Emotion and Infertility, 15*(1), 27-34.

Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A. & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema. 20*(2), 290-296.

Sexton, M.B., Byrd, M.R., & Von Kluge, S. (2010). Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of Psychiatric Research, 44*(4), 236–241.

Schmidt, L., Christensen, U., & Holstein, B. (2004). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction, 20*, 1044-1052.

Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena Neuro-psiquiatría, 43*(3), 201-209.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of personality and social Psychology, 54,* 1063-1070.

6. Anexo.

Protocolo de evaluación