



Universidad del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la
Educación**

Escuela de Psicología Clínica

**“PREVALENCIA DEL DESAJUSTE EMOCIONAL
EN PERSONAS CON INFERTILIDAD DE
CUENCA” FEBRERO - JULIO 2016.**

Tesis previa a la obtención del título de

Psicólogo Clínico

Autor: Paúl Xavier Baculima Arpi

Director: Dr. Juan Aguilera Muñoz

Cuenca-Ecuador

2016

DEDICATORIA

A mis padres,
hermanos
y queridos sobrinos.

AGRADECIMIENTO

A mi familia,
a los docentes,
y en especial a mi director de tesis el
doctor Juan Aguilera Muñoz,
que con su guía y apoyo me han
ayudado a culminar esta meta.

RESUMEN

La infertilidad se caracteriza por síntomas físicos-emocionales. Estudios previos han demostrado que pacientes con infertilidad presentan alteraciones emocionales con respecto a su condición y a los tratamientos.

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia del desajuste emocional, los recursos adaptativos y los factores asociados en hombres y mujeres de veinticinco años en adelante que asistieron a “NACER” y “Bio-GEPA” centros de fertilidad del Cantón Cuenca, durante el período de febrero a julio del 2016.

Se realizó un estudio descriptivo y de enfoque cuantitativo a 34 personas previo consentimiento, aplicándoles el test DERA para pacientes con infertilidad.

La prevalencia del desajuste emocional medio fue 44,1%, alto 38,2%; recursos adaptativos medio 41,2%, alto 23,5%; y los factores asociados: sexo femenino, edad de 35-45 años, estado civil: casados, estudios universitarios y ocupación profesional.

Los resultados sugieren que se creen protocolos de intervención para el manejo del paciente infértil con un equipo multidisciplinario.

Palabras clave: desajuste emocional, evaluación, hombre, infertilidad, mujer, recursos adaptativos.

ABSTRACT

Infertility is characterized by physical-emotional symptoms. Previous studies have demonstrated that patients with infertility have emotional disturbances regarding their condition and treatments. The objective of the study was to determine the prevalence of emotional maladjustment, adaptive resources and associated factors in men and women twenty-five and older, who attended "NACER" and "Bio-GEPA" fertility centers in the Canton Cuenca, during February to July 2016. A descriptive and quantitative approach study was performed prior consent to 34 people, by applying the DERA test for infertility patients. The prevalence of emotional maladjustment was average 44.1%, and high 38.2%; adaptive resources medium 41.2%, high 23.5%. The associated factors were: gender: female; age: 35 to 45 years old; marital status: married; studies: higher education; occupation: professionals. The results recommend the need to create intervention protocols for the management of infertile patients with the help of a multidisciplinary team.

Keywords: Emotional Maladjustment, Evaluation, Man, Infertility, Women Adaptive Resources.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

ÍNDICE

Índice de contenido

1. CAPÍTULO 1: La infertilidad	<i>1</i>
1.1 Definición de infertilidad y conceptos asociados	<i>2</i>
1.1.1 Tipos de Infertilidad	<i>3</i>
1.1.2 Frecuencia de la infertilidad	<i>3</i>
1.2 Etiología	<i>4</i>
1.3 Mitos	<i>7</i>
1.4 Aspectos psicosociales de la infertilidad	<i>7</i>
1.5 Impacto del diagnóstico	<i>10</i>
1.6 Tratamientos	<i>12</i>
1.7 Desajuste emocional y recursos adaptativos en Infertilidad (DERA)	<i>14</i>
2. CAPÍTULO 2: Centros de fertilidad	<i>17</i>
2.1 “NACER”	<i>17</i>
2.2 “BIO-GEPA”	<i>19</i>
3. CAPÍTULO 3: Metodología	<i>23</i>
3.1 Muestra	<i>23</i>
3.2 Instrumentos	<i>23</i>
3.3 Procedimientos	<i>24</i>
4. CAPÍTULO 4: Resultados	<i>26</i>
5. CAPÍTULO 5: Discusión	<i>44</i>
Conclusiones y recomendaciones	<i>48</i>
Referencias bibliográficas	<i>51</i>

Índice de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1	Distribución del grupo de estudio según la variable grupo etario	26
Tabla 2	Distribución del grupo de estudio según la variable sexo	26
Tabla 3	Distribución del grupo de estudio según la variable antecedente de enfermedad	27
Tabla 4	Distribución del grupo de estudio según la variable estado civil	27
Tabla 5	Distribución del grupo de estudio según la variable escolaridad	28
Tabla 6	Distribución del grupo de estudio según la variable ocupación	28
Tabla 7	Distribución del grupo de estudio según la variable frecuencia Coital	29
Tabla 8	Distribución del grupo de estudio según la variable antecedente de infertilidad en la familia	29
Tabla 9	Distribución del grupo de estudio según la variable duración de la infertilidad	30
Tabla 10	Distribución del grupo de estudio según la escala desajuste emocional	30
Tabla 11	Distribución del grupo de estudio según la sub-escala recursos Personales	31
Tabla 12	Distribución del grupo de estudio según la sub-escala recursos Interpersonales	31
Tabla 13	Distribución del grupo de estudio según la escala recursos Adaptativos	32
Tabla 14	Correlación de la escala desajuste emocional y sexo	32
Tabla 15	Correlación de la sub-escala Recursos personales y sexo	33
Tabla 16	Correlación de la sub-escala Recursos interpersonales y sexo	33
Tabla 17	Correlación de escala Recursos adaptativos y sexo	34
Tabla 18	Correlación de la escala Desajuste emocional y edad	34
Tabla 19	Correlación de la sub-escala Recursos personales y edad	35
Tabla 20	Correlación de la sub-escala Recursos interpersonales y edad	35
Tabla 21	Correlación de la escala Recursos adaptativos y edad	36
Tabla 22	Correlación de la escala Desajuste emocional y estado civil	36

Tabla 23	Correlación de la sub-escala Recursos personales y estado civil	37
Tabla 24	Correlación de la sub-escala Recursos interpersonales y estado civil	37
Tabla 25	Correlación de la escala Recursos adaptativos y estado civil	38
Tabla 26	Correlación de la escala Desajuste emocional y escolaridad	38
Tabla 27	Correlación de la sub-escala Recursos personales y escolaridad	39
Tabla 28	Correlación de la sub-escala Recursos interpersonales y escolaridad	39
Tabla 29	Correlación de la escala Recursos adaptativos y escolaridad	40
Tabla 30	Correlación de la escala Desajuste emocional y ocupación	40
Tabla 31	Correlación de la sub-escala Recursos personales y ocupación	41
Tabla 32	Correlación de la sub-escala Recursos interpersonales y ocupación	42
Tabla 33	Correlación de la escala Recursos adaptativos ocupación	42

Índice de Anexos

Anexo 1	56
Anexo 2	57
Anexo 3	59

CAPÍTULO 1

1. LA INFERTILIDAD

Durante los cuatro últimos decenios, se ha modificado de manera significativa y espectacular la práctica de la medicina de reproducción.

De hecho, los cambios en la conducta para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad han sido poco menos que revolucionarios, durante el camino, cada nuevo adelanto ha servido como un escalón para el siguiente, sabiendo que la incidencia de la infertilidad aumenta en todo el mundo.

Actualmente la infertilidad se caracteriza por ser un conjunto de síntomas físicos, emocionales, cognitivos y conductuales, que afecta de manera notable la vida del individuo.

Moreno-Rosset (2000), manifiesta que los síntomas psicológicos más comunes en la infertilidad son la ansiedad y la depresión. La ansiedad se muestra durante el abordaje y por el temor a que el tratamiento elegido falle debido a la naturaleza estresante de este; la depresión suele aparecer por ser incapaz de concebir o por los resultados negativos de los exámenes.

Además, Domínguez manifiesta que:

Esta experiencia se da en un medioambiente social que interviene, siendo en general una fuente de presión para la persona y pareja, que por sus dificultades para procrear hijos no cumplen con estas expectativas sociales y no accede al ejercicio de los roles parentales de una etapa en que el grupo de referencia si lo empieza a vivir (Dominguez, 2010, p. 54).

También, en nuestro medio, un proceso de reproducción sano, resulta difícil de alcanzar para muchas parejas por nuestra condición de subdesarrollo, sin embargo, en relación a la salud reproductiva, los problemas existentes en el primer mundo son diferentes a los de los países en vías de desarrollo.

1.1 Definición de infertilidad y conceptos asociados

La infertilidad es definida como la incapacidad de una pareja para lograr una concepción después de un año de tener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva (Pérez-Peña, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003a) y la Sociedad Europea de Reproducción y Embriología Humana (ESHRE, 1996) en su recomendación mencionan un plazo mínimo de dos años para desarrollar el embarazo; si éste no ocurre después de ese tiempo, la pareja es considerada infértil.

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM, 2003a) considera el lapso de un año de relaciones sexuales infructuosas como el periodo recomendable para iniciar el estudio de una pareja infértil.

El estudio de una persona o pareja infértil inician después de un año de haber fallado los intentos de embarazo, para la mayoría de los médicos, desde un punto de vista más práctico.

Brugo-Olmedo, Chillik, y Kopelman (2003), aconsejan comenzar el estudio, aunque solo hayan transcurrido seis meses de intentos fracasados cuando una mujer tiene más de 39 años, debido al impacto de la edad sobre la fertilidad. También hay excepciones en que la observación se inicia de inmediato en casos de problemas obvios, como, la endometriosis.

En común los términos infertilidad y esterilidad son frecuentemente confundidos, y es importante aclarar el contraste que hay entre estos:

El diccionario de La *Real Academia Española* (DRAE, 2014), *señala a la infertilidad* como el sinónimo de esterilidad, definiendo a la esterilidad en su sentido antropológico como: la incapacidad para concebir de la hembra y la incapacidad del macho para fecundar.

Medicamente hablando esta interpretación o definición es incorrecta.

Abbey, et al. (1992) refieren que en medicina reproductiva; la esterilidad es la condición irreversible o absoluta de tener hijos por diversos motivos, en que el cuerpo no puede producir gametos: en el caso de la mujer óvulos y espermatozoides en el caso del hombre; e infertilidad a la susceptible de corrección o reversible.

También se utiliza el término pérdida gestacional recurrente a la capacidad de lograr concepciones, pero no hijos viables.

1.1.1 Tipos de Infertilidad.

En medicina reproductiva existen dos tipos de infertilidad:

1- Primaria: Consiste en la incapacidad de una pareja para lograr un embarazo después de un año o más de relaciones sexuales regulares sin emplear métodos anticonceptivos, o también, la incapacidad de la mujer de llevar a término un embarazo y que presenta alteraciones funcionales y/o del aparato reproductivo. O en el hombre que tiene alteraciones en el líquido seminal.

2- Secundaria: Es aquella que ha logrado concebir con éxito y se ha llevado a término uno o más embarazos anteriores pero que en la actualidad presenta incapacidad para concebir o llevar a término un embarazo, ya sea porque actualmente la mujer presenta alteraciones funcionales y/o del aparato reproductivo. O el hombre tiene alteraciones en el líquido seminal.

1.1.2 Frecuencia de la infertilidad

La impresión general es que el número de personas con infertilidad va en aumento en el momento actual y sus cifras que varían entre el 15 y el 20% (Bentley, 2000).

Se estima que aproximadamente el 8%-12% de todos los matrimonios que desean tener hijos y están en edad de concebir, son incapaces de tener descendencia (Bentley, 2000).

La OMS (OMS, 2003b) refiere que existen en el mundo aproximadamente ochenta millones de parejas con problemas de fertilidad o dificultades para concebir un hijo, es decir, unas quince de cada cien parejas no logran la fertilidad o no pueden llevar a cabo un embarazo a término.

Muchos factores aparecen como fundamentales en este incremento: polución ambiental, las nuevas enfermedades de transmisión sexual, la disminución de la fertilidad masculina según parámetros seminales, las tendencias a posponer embarazos para edades más avanzadas, los cambios en orientación sexual, el cambio de decisión en parejas que habían decidido vivir sin hijos, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo, el uso de drogas y la difusión masiva en medios de

comunicación de las posibilidades de la reproducción asistida, entre otros (Glover, Hunter, y Richards, 1999, p. 623-628).

Normalmente la concepción es lograda en el 80% a 85% de las mujeres menores a 35 años al tener relaciones sexuales sin anticoncepción durante el primer año. Por tanto, cualquier mujer incluida en el 20% restante podrá acudir a la consulta del especialista en busca de ayuda (Pérez-Peña, 2003).

El factor masculino participa como factor de infertilidad en 30% a 20%: 30% como factor individual y 20% como pareja (Winston, 1993a).

En nuestro país según datos de la Clínica Sandoval, se estima que la tasa de infertilidad se sitúa en alrededor de un 15% de parejas con infertilidad conyugal (Sandoval, 2006).

1.2 Etiología

Infertilidad masculina.

Los problemas para el hombre se inician cuando el examen del semen es anormal y esto persiste en estudios posteriores, convirtiéndola la infertilidad conyugal en una problemática médico social.

Por ello, los estudios se valdrán de los siguientes métodos de orientación: Sobre la base del análisis del semen y de los datos obtenidos de la historia clínica, examen físico general, pruebas opcionales, técnicas adicionales.

La OMS (2003c) ha categorizado el diagnóstico del factor masculino como sigue:

- Disfunción sexual y/o eyaculatoria
- Causa inmunológica
- Anormalidades aisladas del plasma seminal
- Causas iatrogénicas
- Causas sistémicas
- Anormalidades congénitas
- Varicocele
- Daño testicular adquirido
- Causas endocrinas
- Oligozoospermia y teratozoospermia idiopáticas

- Azoospermia obstructiva y no obstructiva
- Causa no demostrable.

Infertilidad femenina.

Una adecuada valoración óptima de la mujer infértil incluye:

- Historia clínica
- Examen físico general
- Examen ginecológico
- Factor endocrino-ovárico
- Factor tubo peritoneal.

El diagnóstico del factor femenino es en base a:

- Galactorrea
- Hirsutismo
- Disfunción ovulatoria
- Daño tubárico definitivo
- Causa inmunológica
- Causa no demostrable
- Síndrome de ovario poliquístico
- Deficiencia de la fase lútea

Infertilidad no explicada

Se presenta en los casos en la que la persona no presenta ninguna alteración (ni de espermatozoides, ni de líquido seminal, ni en los respectivos aparatos reproductores, masculinos y femeninos) y que no se logra detectar íntegramente con los métodos actuales.

Alrededor del 15% de los casos, las investigaciones de infertilidad no muestran anomalías (Quaas, y Dokras, 2008).

Infertilidad inducida y prevención

En el caso de enfermos de patologías graves (como el cáncer) que son sometidos a tratamientos agresivos para conseguir la remisión de la enfermedad (radioterapia, quimioterapia), un efecto secundario frecuente y no deseado es la pérdida de la capacidad reproductora, debido a la destrucción de los tejidos productores de gametos, espermatozoides u óvulos.

Infertilidad idiopática

Se produce una alteración a cualquier nivel, pero se desconoce su etiología (ej. la azoospermia).

Estas valoraciones deben ser óptimas y actualizadas de acuerdo a los últimos avances tecnológicos y sobretodo, siguiendo las pautas y criterios emitidos por las organizaciones internacionales especializadas para protocolizar exámenes, estandarizar: resultados, diagnóstico, terapéutica y pronóstico.

Para lograr un hijo es necesaria la conjunción de una serie de condiciones de la pareja que pueden ser resumidas de la siguiente manera:

1) En el testículo deben producirse espermatozoides no solo en cantidad suficiente, sino con características apropiadas en términos de capacidades migratoria y fecundante.

2) El líquido seminal que contiene estos espermatozoides debe depositarse en forma satisfactoria en las proximidades del orificio externo del cuello uterino.

3) El ovario debe producir un reclutamiento de folículos y la maduración de uno de ellos que provea un ovocito en condiciones adecuadas para su fecundación. Para ello es indispensable un armónico estímulo hipotálamo hipofisario.

4) El cuello uterino debe presentar condiciones fisiológicas óptimas para asegurar la penetración, almacenamiento y capacitación de los espermatozoides en la época ovulatoria.

5) Las trompas deben ser anatómica y fisiológicamente normales, como para permitir el encuentro de los gametos y luego el transporte y nutrición del huevo fecundado hasta la cavidad uterina para su implantación.

6) El peritoneo pelviano no debe obstaculizar la puesta ovular ni la captación del ovocito por la trompa.

7) El endometrio tiene que estar adecuadamente preparado por estrógenos progesterona para que el embrión anide y se alimente en las primeras etapas de su evolución.

8) El útero debe estar en condiciones anatómicas y funcionales que aseguren el desarrollo ulterior del embarazo.

Finalmente, si la pareja no es física, psicológica y sexualmente sana, hay mayores posibilidades de que exista alguna anomalía en el sistema.

1.3 Mitos

La carga emocional de una persona con diagnóstico de infertilidad la hace fácil presa de mitos que dificultan su tratamiento, y es responsabilidad del equipo profesional médico brindar conocimiento adecuado para aclarar prejuicios como:

- Sostener la creencia de que una mujer no se embaraza por ser muy ansiosa. La ansiedad, a menos que interfiera con la ovulación o la frecuencia coital, no altera la capacidad reproductora.
- Suponer que para lograr un embarazo se deben tener relaciones sexuales exactamente cuando ocurre la ovulación.
- La adopción de un niño para resolver transitoriamente el conflicto emocional de la pareja y aumentar su fertilidad.
- El empleo indiscriminado de procedimientos de reproducción asistida o el uso de inductores de ovulación, sin indicaciones específicas.
- La indicación rutinaria de una larga lista de estudios de laboratorio y gabinete como sustitutos de una historia clínica cuidadosa.
- La creencia de que los nuevos métodos de concepción están indicados en cualquier problema de infertilidad y que sus resultados son excelentes.

1.4 Aspectos psicosociales de la infertilidad

Conocer el significado de la infertilidad a lo extenso de la historia como, sus bases culturales ayudan a entender mejor el cómo y el porqué de la importancia de la fertilidad para la emocionalidad y desenvolvimiento de una persona.

El hombre desde sus inicios se ha preocupado por la fertilidad, más aún cuando él se sabe que es responsable activo de este proceso para la evolución de su propia especie. Tal vez somos los primeros seres en tener conciencia de nuestra existencia y de lo corta de la misma.

A lo largo del tiempo y en las diferentes civilizaciones, el significado de maternidad, paternidad, pareja y familia, han ido transformando su significado, sin

embargo, las nociones de infertilidad y esterilidad siguen teniendo una relación de contraste que coloca en desconfianza la estructura de la masculinidad y la feminidad respectivamente, de quienes los padecen.

Desde la antigüedad, Dios ha sido asociado con la fertilidad, ser fértil significaba contar con el buen augurio y el favor de Dios. En cuanto a la religión hebrea creen que cuantos más hijos tiene una mujer, más segura es de estar contando con el favor de Dios (Génesis 24:60), sobre todo si los hijos eran varones, se estaba en proporción directa con las bendiciones de Dios (Salmo 127:35). La fertilidad garantizaba a la mujer el reconocimiento de la sociedad y la profunda estima de su esposo. La infertilidad se asociaba con la desgracia y el castigo divino, así pues, encontramos en las Sagradas Escrituras que “cuando Raquel vio que no le daba hijos a Jacob (...) dijo a Jacob: dame hijos o sino moriré”. En cambio, la fertilidad avalaba el buen nombre y la dicha pero la ausencia de esta era relacionada con culpa y castigos.

En la antigua Grecia, Platón enunciaba a aquellos matrimonios que, durante el plazo de diez años, no hayan podido tener hijos, se les separará. En la India, se determinaba, según las Leyes del Manú que la mujer estéril se remplazara al cabo de ocho años. Esto marcaba una deshonra, volviendo a las personas infértiles indignas de su pareja y de continuar su matrimonio. Todo lo asociado al sexo y la fecundación eran eventos sagrados, divinos, para las poblaciones de la antigüedad. La humanidad le ha otorgado a la infertilidad un significado psicosocial negativo, la persona infértil era siempre la mujer. Esto último debido a que el embarazo se da en la mujer y su ausencia es concebida como una incapacidad de ella.

Desde el psicoanálisis el hijo, significa para los padres la posibilidad de la trascendencia en el tiempo. Los padres, a lo que aspiran es que el hijo los continúe no solo en el cuerpo, sino fundamentalmente, en el alma, que sea portador de todo lo que han sido sus valores e ideales. La existencia de los hijos permite a los padres sentirse superando la propia inmediatez, refiriéndose este término a la corta duración de vida, es decir, en alguna forma, la procreación logra paliar la angustia de la conciencia de muerte. (Sociedad Española de Fertilidad, 2009, p. n/a)

Esta es una razón del irrefrenable afán de todo adulto de ser padre, provocada, además por la sociedad, que recompensa la fecundidad ya que los hijos contribuyen con

recursos al grupo, riqueza a la comunidad, garantizan la continuidad, la fortalecen, haciendo inmortal la especie.

La reproducción y la sexualidad es un tema privado en la sociedad, en la persona, y en la pareja. Sin embargo, al existir dificultades en esta área y tener que recurrir a técnicas de reproducción asistida, pasa a ser una expresión pública. Esto conlleva fuertes implicaciones pues, se da voz a pensamientos discrepantes, basadas en la naturalidad y la religión para muchos, son conceptos transgredidos en estos procedimientos. La aceptación o el rechazo hacia las técnicas de reproducción asistida, tienen origen en los diferentes códigos de ética, antecedentes culturales, políticos y religiosos, así como también de las experiencias personales de cada individuo.

En los anhelos de paternidad y maternidad, se entrelazan motivaciones relativas al vínculo afectivo, con otras más propiamente narcisistas, y de cumplir con expectativas sociales. Junto con satisfacer una necesidad afectiva, los niños también significan una proyección de la vida y del valor de los padres en la sociedad. (Roizblat, 2006, p. n/a)

La respuesta emocional frente a esta problemática va enraizada en la motivación particular que mantiene cada individuo y como ello se integra al proyecto de pareja, motivación que, hasta el momento de constatar el problema, con referencia no resulta ser tan consiente.

Comprender como se siente una persona infértil frente a su patología es difícil y solo quienes la padecen podrán conocer las sensaciones que implica tal situación y sus derivantes, como enfrentarse a resultados negativos tras largos procesos, a la muerte fetal, a embarazos que no llegan a término, etc. Los sentimientos de culpa, de verse disminuidos, que no cumplen las expectativas, no siguen la ley natural y sentir que sus vidas acaban con ellos, son evidentes en esta situación y esto hace que la dificultad de conseguir una gestación se convierta en un conflicto en la relación de pareja y no solo corresponda al miembro que padece el problema biológico.

“Parece ser, que el mayor sufrimiento tiene su origen en una falta de identidad asociada a la falta del hijo” (SEF, 2009, p. n/a). Incapaces de abandonar el estatus de hijo e hija y suplirlo por el de padre, madre; la Infertilidad cuestiona la identidad individual de la pareja, ambos se sienten incompletos e inmaduros, y, a su vez, cuestiona la identidad social, la pareja infértil forma parte de un grupo que se sale de la norma.

1.5 Impacto del diagnóstico

En medicina, la realidad nos demuestra que las personas con problemas de infertilidad presentan reacciones emocionales ante su enfermedad que han sido también igualadas a las que presentan pacientes con patologías como la oncológica (Domar y Friedman, 1993)

Queda claro que las personas diagnosticadas de infertilidad no corren una amenaza real a la vida, y que ellas pueden elegir o no someterse al tratamiento ya que su problema no supone peligro alguno para la supervivencia, pero, el diagnóstico de infertilidad genera un impacto en quienes la padecen

Hay muchas variables personales y médicas que son de preeminencia en el impacto y los efectos de la infertilidad, por lo tanto, las personas con problemas de infertilidad no representan un grupo homogéneo. En este sentido, sobresalen las variables sociodemográficas, que identifican la presencia de notables diferencias en función de:

a) El género: las mujeres encuentran mayores dificultades para aceptar y acomodarse a la idea de que una pareja sin hijos constituye una familia y presentan más ideas obsesivas sobre la gestación y la concepción de un hijo, con una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva.

b) La edad. En el ámbito de la reproducción asistida el tiempo, o, mejor dicho, su transcurso, se convierte en un potente estresor: las parejas son conscientes de que conforme se incrementa la edad, la fertilidad biológica disminuye y, por consiguiente, el devenir del tiempo y la mayor edad incrementa sus niveles de estrés (especialmente de la mujer) (Moreno-Rosset, Antequera, Jenaro, y Gómez, 2008).

c) La presencia de otros hijos se convierte en un amortiguador de las reacciones emocionales consecuentes al diagnóstico de infertilidad. Esto no significa que las parejas con hijos con dificultades para conseguir una nueva gestación, no experimenten también reacciones negativas, con mayor intensidad si alguno de ellos no es el padre o la madre biológica. Otro grupo de factores que inciden en el impacto de la infertilidad, están constituidos por las características y la naturaleza de la enfermedad y del proceso de tratamiento.

El tipo de infertilidad modula el impacto emocional que experimentan las personas en el momento del diagnóstico, con notables diferencias en función del género: los

hombres muestran mayor afectación cuando el diagnóstico que se establece es de causa masculina mientras que las reacciones femeninas no dependen tanto de la etiología de la enfermedad (Dhillon, Cumming, y Cumming, 2000)

Pero tanto para hombres como para mujeres, el diagnóstico de infertilidad idiopática, con sus elevadas tasas de incertidumbre, genera un impacto cualitativamente diferente a los restantes. El tiempo que la persona lleva implicada en el proceso de diagnóstico y tratamiento se relaciona con los niveles de frustración y tensión, así como con la modificación de los recursos adaptativos.

Lógicamente cuanto mayor es el tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico, más probable es que la persona haya comenzado o experimentado ya la aplicación de varios ciclos de tratamientos, cada uno de los cuales representa un nuevo estresor, en que los sujetos vivencian la esperanza de conseguir su deseo y las emociones negativas por no lograrlo. En función de ello, van modificando sus expectativas y sus recursos de afrontamiento.

Por último, y entre las variables que convierten a las personas infértiles en un grupo heterogéneo, destacamos a las poliabortadoras (aquellas que experimentan dos o más abortos repetidos) que constituyen una población con características propias y diferenciales. Para la mujer especialmente, el cigoto que empieza a dividirse es sentido, conceptualizado y vivenciado como su hijo y, por ello, cualquier aborto que se produce es una pérdida de “quien pudo llegar a ser”. Pero también es indudable que la esperanza y la ilusión se van incrementando conforme transcurren los meses de gestación y, por tanto, la pérdida y las reacciones consecuentes a la misma son mayores.

Hemos igualmente de considerar que las reacciones y el estado emocional de las personas con problemas de infertilidad no son estáticas, sino que van evolucionando y modificándose conforme se van sucediendo los ciclos de tratamiento. De tal manera que no tiene la misma cualidad el estado emocional que acompaña a la realización de las pruebas diagnósticas, que el que sigue al momento de recibir el diagnóstico. De igual forma, el estado emocional al comenzar los tratamientos es distinto al que se produce cuando éstos no tienen éxito, o cuando hay que volver a iniciarlos.

Son precisamente las características de esta enfermedad (que gira alrededor del “deseo de lo inexistente”) y el tratamiento lo que convierte las reacciones emocionales de estas personas en específicas y diferentes a las que presentan otros enfermos crónicos.

Aparece lo que podríamos denominar un “carrusel de emociones” tanto negativas como positivas que se suceden alternativamente y en un corto periodo de tiempo.

En el caso de la infertilidad, cada inicio de tratamiento representa un comienzo y cada fracaso, un final. Así, a la ilusión, la esperanza o el optimismo que presentan las parejas cuando inician los tratamientos, se sucede la preocupación, la obsesión y casi la hipocondría mientras esperan los resultados del tratamiento y la desilusión, la tristeza y la frustración cuando el tratamiento no ha tenido éxito.

Se puede decir que el estrés altera la fertilidad (ASRM, 2003b). La parte emocional suele ser abandonada por los pacientes ya que prestan más atención a los aspectos fisiológicos de la infertilidad. Como consecuencia, suelen sufrir soledad, lo que agrega un problema más, ya que el estrés repercute negativamente en los resultados del tratamiento.

1.6 Tratamientos

Cada tratamiento de infertilidad deberá empezar por ofrecer al paciente información completa y precisa sobre las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) a ser aplicadas, sobre las ventajas, inconvenientes y posibles riesgos de estas (Moreno-Rosset, 1999).

Para la infertilidad existen diversos procesos de tratamiento, dependiendo de cada caso. Por ejemplo, en los casos de la fertilización in vitro, se aplica donde la concepción natural tiene bajas probabilidades, igualmente en diagnósticos donde existe una obstrucción permanente en las trompas de falopio o se han extirpado.

Por lo general la mayoría de los tratamientos de infertilidad suelen seguir las siguientes fases:

- una primera de “tratamiento farmacológico” que consiste en la híper-estimulación ovárica a fin de que se genere la mayor cantidad posible de ovocitos en un ciclo y aumentar así las posibilidades de fecundación y, por ende, de embarazo.

- una segunda fase donde se aplica el procedimiento de reproducción asistida correspondiente (inseminación artificial con o sin donante de semen o Fecundación in Vitro con todas sus variantes).

- una tercera fase de espera de resultados y la última fase de obtención de resultados (Moreno-Rosset, 2000)

El rol del psicólogo en los tratamientos consiste en asesorar a la persona o pareja a explorar todas las elecciones a su problema de infertilidad, de tal forma que puedan tomar decisiones enteradas sobre los tratamientos a los que van a ser sometidos, de cuándo, cómo y por qué seguir un determinado tratamiento, así como realizar una planificación del mismo. También, a medida que los intentos fallidos aparecen, aumenta la confusión de la persona y/o pareja y dificulta la toma de decisiones. En estos momentos y durante todo el proceso de tratamiento, surgirán dudas y esperanzas sobre los resultados, miedo al fracaso, ocultación social del problema u otro tipo de sentimientos como ansiedad, depresión y aislamiento social.

El psicólogo en estos momentos debe incluir como objetivo disminuir los pensamientos negativos y creencias irracionales en la pareja, asociados a los resultados del tratamiento. También se puede utilizar la reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento, el entrenamiento en auto-instrucciones y la prevención de respuesta que constituyen técnicas de gran utilidad para afrontar la posibilidad de fracaso en los ciclos de tratamiento y la recepción de malas noticias (Guerra y Tirado, 2007).

En los casos en que la pareja decida dar por finalizado el tratamiento, se les deberá ayudar a construir una nueva identidad como pareja sin hijos. En estos casos, las personas o parejas deben ser conscientes de que su vida no acaba aquí y de que tienen motivos suficientes para llevar una vida plena y feliz sin hijos, pues no existe evidencia empírica que demuestre que las parejas sin hijos sean menos felices o menos estables que las parejas con hijos.

Al parecer las mujeres suelen estar bien ajustadas, aún con un tratamiento sin éxito, pero, un número considerable desarrolla problemas emocionales clínicos relevantes como resultado de TRA no efectiva (Verhaak, y otros, 2007).

Hay estudios que sugieren que el estrés puede influir en el resultado de los tratamientos de infertilidad. Esta evidencia ha llevado a estudiar y desarrollar instrumentos que describen y miden el estrés específico que desencadena la infertilidad. Este se describe como un estrés crónico, derivado de una condición persistente en el tiempo y que se percibe como amenaza a importantes "dominios" del desarrollo psicológico o de los roles sociales (Fachinetti, Volpe, Matteo, Guenazzani, y Artini, 1997).

1.7 Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad (DERA)

El DERA es un instrumento que permite obtener información del posible desajuste emocional que pueden sufrir las personas con infertilidad, y a la vez, indica de los recursos adaptativos, tanto personales como interpersonales de los que pueden disponer o padecer los sujetos evaluados. Con un solo instrumento, el psicólogo puede obtener el estado emocional de la persona evaluada y de los recursos personales y sociales que tiene o de que adolece, lo que permite programar la intervención o apoyo psicológicos adecuados para el caso (Moreno Rosset, 2010).

Moreno Rosset (2010): “El DERA está diseñado como una prueba de cribaje, lo que significaría que los sujetos que presentasen desajuste emocional, se les debería realizar una evaluación psicológica completa, encaminada a corroborar o descartar la posible existencia de trastornos psicopatológicos”.

Este instrumento está compuesto por 48 elementos con un formato de escala Likert de 5 puntos que permite conocer el grado en que la persona considera verdadero o falso cada uno de los enunciados que se le presentan.

Puede ser aplicado tanto individual como colectivamente. En casos en los que se realice la aplicación del instrumento a parejas debemos resaltar la importancia de que cada uno de los individuos responda libre e individualmente, debe siempre asegurarse la confidencialidad de las respuestas, para garantizar así la obtención de una medida libre de sesgos en el mayor grado posible. (Moreno-Rosset, 2005a).

Los objetivos que persigue son los siguientes:

1. Con un solo informe se obtiene información de distintos constructos psicológicos.
2. Ha sido baremado con sujetos pertenecientes a población infértil (varones y mujeres).
3. Los tamaños de las muestras han sido amplios y representativos de la población infértil.
4. Detectar recursos adaptativos, personales como interpersonales que ayuden a afrontar la infertilidad.

5. Evaluar el posible desajuste emocional que pueden sufrir las personas con infertilidad o que puede presentarse durante el proceso de reproducción asistida.
6. Ofrecer un instrumento útil para orientar el apoyo e intervención psicológicos.

El DERA se distingue de otros instrumentos de evaluación psicológica en los siguientes aspectos:

- a) Además de centrarse en la evaluación del desajuste emocional, permite realizar una evaluación de aspectos más positivos.
- b) Permite elaborar el programa de apoyo o intervención psicológicos específicos para cada caso.
- c) La corrección se realiza mediante un ejemplar auto corregible que permite una corrección ágil y fiable.

Conclusiones

La infertilidad se trata de una situación difícil pues implica la frustración del proyecto de vida personal y familiar, que en principio no compromete la integridad física del individuo ni supone un riesgo vital, sin embargo, dado que una mayoría de los adultos contemplan como objetivo vital esencial el tener hijos, esta carencia puede incidir negativamente en el desarrollo de la persona produciendo en ésta frustración y desmoralización y conduciéndola hacia un sentimiento de falta de esperanza que puede tener cambios en su personalidad, por lo tanto tiene que ser abordada multidisciplinariamente.

Además, la medicina moderna afronta la resolución de los problemas de salud de la población, desde un abordaje multidisciplinar. En el caso de la Medicina de la Reproducción, los factores psicológicos y sociales hacen necesaria una respuesta no sólo biológica, sino también a través de la actuación de otros especialistas no médicos. En ese sentido es importante la organización de circuitos asistenciales, multidisciplinarios, que posibilite las diferentes competencias y responsabilidades, hacia una atención integral de los usuarios (a partir de ahora, pacientes).

Los límites para comenzar un estudio en la persona con diagnóstico de infertilidad no se han determinado, dado que el tiempo o período de espera debe estar relacionado

con los años de la mujer, el historial médico de los antecedentes de alteraciones que afectan la fertilidad, los deseos de la pareja, etc.

En el varón es de relevancia el estudio del espermatograma. La realidad cotidiana demuestra que la capacidad reproductiva del varón es deficiente en al menos el 30% de los casos (Wiston, 1993b), de ahí que su evaluación debe hacerse desde el inicio mismo de la investigación debido a que los estudios por lo general son simples, no invasores y económicos.

Las alteraciones emocionales de las personas infértiles no sólo han sido entendidas como una consecuencia de la enfermedad sino también como su causa, especialmente en la denominada infertilidad idiopática (aquella que se produce sin que se detecten problemas funcionales en el aparato reproductor femenino o masculino). Estos trabajos parten de la teoría psicodinámica, recogida por la medicina psicosomática y posteriormente reformulada bajo los principios teóricos del estrés (Facchinetti, Demyttenaere, Fioroni, Neri, y Genazzani, 1992)

La infertilidad merece ser explorada no solo para conocer su complejidad, sino también para desarrollar planes de acción en cuanto a su abordaje psicológico, complemento que viene a ser fundamental para la adecuada implementación y los resultados últimos de las técnicas de reproducción asistida. Es una enfermedad que debe ser tomada en cuenta e investigada porque representa una cantidad significativa de habitantes en nuestro país y en el mundo.

Además, el DERA sirve como instrumento para incluir en la valoración inicial que se hace a las parejas en el estudio de la infertilidad, y de esta forma cumplir la Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida de aplicar los tratamientos de infertilidad tan solo a personas, mujeres u hombres, con buena salud.

CAPÍTULO 2

CENTROS DE INFERTILIDAD

2.1 NACER

La Unidad médica de Reproducción Humana Asistida “NACER” está ubicada en la ciudad de Cuenca - Ecuador, dedicada a brindar asesoría, diagnóstico y tratamiento a personas infértiles, como, a personas que buscan tener un hijo.

Nacer es una de las instituciones pioneras en reproducción asistida en la ciudad de Cuenca y en el Ecuador, por ello esta reseña lo toma como caso testigo de la evolución seguida por la implementación de diversas metodologías y su efecto en los resultados reproductivos alcanzados, es progresivo y permanente en el manejo de las personas con infertilidad.

La Unidad médica de Reproducción Humana Asistida “Nacer”, dirigida por la Magister en Salud, Mercedes Gregoria Arpi Saldaña, fue creada en el año 1990 como Laboratorio Clínico y Fertilidad, con un abordaje de las personas infértiles únicamente en la realización de exámenes de perfil hormonal y del estudio básico del líquido seminal, que por situaciones de fuerza mayor fue cerrado ofreciéndole la oportunidad de incursionar sobre el manejo de la infertilidad en el vecino país de Colombia pioneros en el área de la infertilidad.

Con una amplia trayectoria ética, así como con la efectividad de protocolos y tratamientos establecidos para las personas con infertilidad en la actualidad se encuentra a cargo de “NACER” desde el año 2000, que cuenta con una infraestructura acorde a las necesidades y con la aparatología necesaria para realizar procedimientos en reproducción asistida.

“Nacer”, ha realizado aportes importantes al área de la infertilidad en nuestro país, y en nuestra ciudad, entre ellos se destaca: La fundación en el año de 1995 de REPHRUMA “Clínica de Reproducción Humana y Laparoscopia Cía. Ltda.”. Pioneros en 1998 registra el primer nacimiento bebe probeta de la Ciudad de Cuenca en el cual participaron doctores principales y la bióloga de esta institución, participando también otros profesionales y especialistas en este tipo de procedimiento pertenecientes a la Red Latinoamericana de Fertilidad.

El estudio realizado por la Magister Mercedes Arpi Saldaña (2005), “UTILIDAD DEL ESPERMATROGRAMA PARA DETERMINAR LA INCIDENCIA DE INFERTILIDAD MASCULINA EN PACIENTES DE 20 - 40 AÑOS DE LA CIUDAD DE CUENCA”, le permitió definir que: “únicamente se deben utilizar técnicas no invasivas para el tratamiento de la infertilidad. De esta manera se evitaría daños

iatrogénicos en la mujer al utilizar técnicas invasivas causando la disminución de la reserva folicular; siendo el factor masculino el problema de la no concepción femenina en la mayoría de los casos. Existiendo contadas excepciones en las mujeres con hijos y con ligadura de trompas”.

Otro estudio de su autoría realizado en el 2007 “EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAPs) DE LOS MÉDICOS ADSCRITOS A LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL CANTÓN CUENCA SOBRE EL MANEJO DE LA PAREJA INFÉRTEL”, manifiesta que: en lo que se refiere a la variable conocimiento, no tienen los médicos suficientes conocimientos en el área de la infertilidad. En lo que se refiere a la variable práctica, el médico realiza directamente tratamientos empíricos sin la ejecución de investigaciones detalladas. En lo que se refiere a la variable actitud, son positivas según lo esperado, existiendo predisposición para la atención del cuidado inicial del manejo de la pareja infértil tanto en el grupo intervenido como en el grupo control. Dando el presente estudio una visión general sobre el manejo de la pareja infértil y a partir de éste se deben implementar el desarrollo de programas enfocados en el tema de la infertilidad por el interés demostrado de los médicos, usando protocolos establecidos, para que de esta manera exista comunicación entre los profesionales e instituciones de la salud.

En tratamientos el centro “NACER” se maneja con el siguiente código de ética:

“Para el manejo de las personas con infertilidad es necesario hacer una correcta ubicación, con los resultados obtenidos de un protocolo de exámenes considerados como prueba de oro (reserva folicular en la mujer y en el varón espermatograma), ubicándoles posteriormente en:

Nivel 1: Relación sexual dirigida.

Nivel 2: Inseminación Artificial homóloga y heteróloga con criopreservación de espermatozoides.

Nivel 3: Fertilización in Vitro”.

2.2 Bio-GEPA

“Bio-GEPA” Reproducción Humana y Ginecológica, cuenta con la más avanzada tecnología, los mejores servicios y una infraestructura de bioseguridad, lo que le han

permitido obtener la acreditación oficial de la Red Latinoamericana de Medicina Reproductiva, por lo que le hace un centro de prestigio internacional.

La misión del centro es servir a toda la población del país mediante técnicas de reproducción asistida óptimas, buscando el bienestar y felicidad de cada uno de nuestros clientes.

Su visión es ser una clínica de fertilidad líder, con nivel de competencia regional y nacional.

El compromiso primordial del centro es la capacitación permanente del personal, por lo que con regularidad asisten a los eventos mundiales de más prestigio y a talleres de capacitación en diferentes centros de medicina reproductiva en Latinoamérica-EEUU y Europa.

Son miembros activos de:

SEMER: Sociedad Ecuatoriana de Medicina Reproductiva;

ALMER: Asociación Latinoamericana de Medicina Reproductiva;

IFFS: Sociedad Internacional de Fertilidad y Esterilidad;

ASRM: American Society for Reproductive Medicine;

SAMeR: Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva;

RED-LARA: ACREDITACION de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida-mayo 2008.

En cuanto a tecnología cuentan con la más alta tecnología para la realización de los procedimientos. A continuación, se detallarán los equipos que disponen:

- estereomicroscopio con platina térmica.
- estereomicroscopio en cámara de flujo.
- estereomicroscopio con platina térmica.
- incubadoras para embriones.
- incubadora trigas.
- medidor de pH.
- ICSI.
- tanques de crio-congelación.
- incubadora con celdillas.

- control de temperatura automático.
- micro manipulación.
- medidor de gases.
- incubadora para medios de cultivo.
- microscopio invertido y sistema de micro manipulación.
- medidor de temperatura.
- equipo para ICSI.
- bomba de presión negativa.
- ecógrafo accuvix a30.

Además, el centro brinda varios métodos de Reproducción Asistida de mediana y alta complejidad. Se detallan a continuación:

• **Fertilización in Vitro**

La Fertilización In Vitro (FIV o IVF por sus siglas en inglés) es una técnica por la cual la fertilización de los ovocitos por los espermatozoides se realiza fuera del cuerpo de la madre, en un laboratorio especializado en Técnicas de Reproducción Asistida.

• **ICSI**

Es la micro inyección de un espermatozoide dentro del óvulo, mediante un sistema sofisticado electrónico de micro manipulación.

• **PICSI**

El PICSI es una técnica que mejora la efectividad del ICSI ya que consiste en una selección especial del mejor espermatozoide para ser inyectado dentro del óvulo.

• **IMSI: Inyección intra citoplasmática de espermatozoides morfológicamente seleccionados**

Es la Inyección intracitoplasmática de espermatozoides morfológicamente seleccionados.

• **ASSITED HATCHING CON LÁSER**

La eclosión asistida es una técnica que consiste en la realización de un pequeño orificio en la zona pelúcida (membrana externa del embrión) con la finalidad de facilitar

la salida de la masa celular interna (MCI), cuando el embrión se encuentra en estado de blastocito, para implantarse en el útero materno.

La realización de esta técnica aumenta la probabilidad de implantación de estos embriones especialmente en mujeres mayores de 40 años.

• **INSEMINACIÓN ARTIFICIAL (INTRAUTERINA)**

La Inseminación intrauterina, pueden ser realizada con semen del esposo o semen de donante. El porcentaje de embarazo en forma natural está alrededor del 10-12%, cuando se realiza coito dirigido se sube hasta un 16 % y con la inseminación se consigue una tasa de embarazo entre un 18-22%.

• **DIAGNÓSTICO GENÉTICO PREIMPLANTATORIO (P.G.D.)**

Consiste en el estudio genético de los embriones antes de ser transferidos al útero, mediante una biopsia en la que se extrae 1-2 blastómeras del embrión mediante laser con el fin de descartar aquellos que presenten anomalías genéticas.

En servicios médicos que brinda el centro hay los siguientes:

• **MICROLAPAROSCOPIA QUIRURGICA Y DIAGNÓSTICA.** - Técnica que permite una evaluación de la anatomía, fisiología y permeabilidad muy detallada de las trompas de Falopio, ovarios y anexos.

Además, permite el diagnóstico y el tratamiento de una patología que es muy frecuente en la mujer en edad reproductiva como es la Endometriosis.

• **HISTEROSCOPIA OFICIAL.** - Una innovación revolucionaria ya que permite en forma fácil, rápida, sin dolor y bajo costo diagnosticar diferentes patologías en vagina, endocervix y cavidad uterina.

Entonces se puede utilizar para:

Problemas de fertilidad.

Alteraciones de la menstruación.

Prevención del cáncer de cuerpo uterino.

Extracción de cuerpos extraños.

Extracción de dispositivos intrauterinos perdidos.

• **ECOSONOGRAFIA 3D-4D.**- La ecografía 3D nos da una imagen fija que se puede variar y permite que veamos el volumen del objeto o cuerpo estudiado y según la

intensidad aplicada se puede seleccionar la densidad del tejido que queremos visualizar (partes blandas, huesos, etc).

La ecografía 4D, consiste en añadir una cuarta dimensión, el tiempo. Para lograrlo se procesan continuamente imágenes en 3D, de manera que se visualiza al feto moviéndose a tiempo real. De este modo se pueden apreciar las expresiones del feto y valorar su vitalidad, ver como abre los ojos, como se chupa los dedos, se estira, sonrío, estimulando un gran valor emocional sobre la paciente, ya que es capaz de ver el feto como nunca antes ha podido verlo.

Con la ecografía 4D, el feto ya no se ve como una imagen borrosa en blanco y negro, en nuestra clínica puedes observar a tu bebe como si lo estuvieses viendo a través de una cámara de video.

• **VITRIFICACION DE ÓVULOS Y EMBRIONES.** - Esta técnica consiste en reducir la temperatura a la que se expone el ovocito, de 22° C iniciales a -196° C de una manera súbita, tan rápida que la velocidad de enfriado es de 23.000 grados por minuto, a diferencia de las técnicas tradicionales donde la velocidad oscilaba entre los -0.3 y los -2° C.

Es necesario incubar los ovocitos en una solución con alta concentración de crio protector que evite los daños producidos durante la vitrificación, e inmediatamente después los ovocitos se introducen en nitrógeno líquido. De esta forma se transforma un cuerpo líquido en vítreo. Los resultados al congelar y descongelar son excelentes recuperándose óvulos/embriones entre un 97 y 100%

Esta técnica por tanto es muy usada para guardar óvulos o embriones de forma segura.

La primera mujer que a la edad de 54 años logra dar a luz una niña que fue concebida gracias a las Técnicas de Reproducción Asistida que realiza el Centro de Reproducción Humana BioGEPa.

El centro aporta significativamente beneficiando a la población del Austro y expandiéndose a las demás regiones del Ecuador siendo Pioneros en el año de 1999 en la Fertilización in Vitro (FIV), en el 2001 trabajando exitosamente con ICSI y con el mayor logro en el 2011 con el PICSi.

CAPÍTULO 3

Análisis metodológico

3.1 Muestra

Se estudiaron a todas las personas hombres y mujeres que asisten a los centros de fertilidad NACER y Bio-GEPA del Cantón Cuenca entre diciembre 2015 y enero 2016.

- Criterios de Inclusión:

- Los usuarios y usuarias que acuden a los servicios de NACER y BIOGEPA con problemas de infertilidad y que ofrezcan su consentimiento a participar en el estudio de diciembre 2015 a marzo 2016. (Anexo 1)

- Criterios de Exclusión:

- Los usuarios y usuarias que se nieguen a participar en el estudio.
- Personas que se encuentren en TRA.

3.2 Instrumentos

Descripción:

DERA

Es un instrumento que sirve para valorar en forma rápida y conjunta el desajuste emocional que pueden presentar las personas con infertilidad y los recursos adaptativos para afrontarlos. Consta de 48 ítems en formato de preguntas, que el paciente infértil debe responder. Es un instrumento de evaluación del desajuste emocional (DE) y los recursos adaptativos (RA), tanto personales (RP) como interpersonales (RI), de personas que puedan encontrarse en esta situación o en similares de desgaste psicológico.

Las puntuaciones percentiles obtenidas nos permiten determinar el grado en que la puntuación obtenida sitúa a la persona objeto de evaluación en una posición **baja** (percentil 25 o inferior), **intermedia** (entre percentil 25 y percentil 75) o **alta** (percentil 75 o superior).

Desajuste emocional: Puntuación alta en desajuste emocional. Puntuación baja en desajuste emocional.

Recursos Adaptativos (*personales como interpersonales*): Puntuación baja en recursos adaptativos. Puntuación elevada en recursos adaptativos.

Aplicación:

Tiempo de administración: 10-15 minutos

Normas de aplicación:

El paciente responde las preguntas del cuestionario escogiendo entre las cinco opciones: “1. las opciones absolutamente falso; 2. bastante falso; 3. ni verdadero ni falso; 4. bastante verdadero; 5. absolutamente verdadero”.

Corrección e interpretación:

La corrección es auto aplicable y auto corregible. Una vez calculadas estas puntuaciones directas, se deberán obtener los percentiles y proceder a la interpretación de la prueba.

3.3 Procedimientos

Objetivo General:

- Determinar la prevalencia de desajuste emocional y recursos adaptativos y factores asociados en personas con infertilidad que acuden a los centros de fertilidad del Cantón Cuenca.

Objetivos específicos:

- Conocer la frecuencia del desajuste emocional en personas que presentan infertilidad que asistan a los centros de fertilidad durante el período de diagnóstico.

- Identificar los recursos adaptativos de las personas que presenten infertilidad evaluadas.

- Describir las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación, frecuencia coital, estado civil, enfermedad, infertilidad en la familia, duración de la infertilidad, Anexo 2) en personas con infertilidad.

- Relacionar el desajuste emocional y recursos adaptativos con las variables sociodemográficas.

La Investigación a realizarse es un estudio descriptivo y de enfoque cuantitativo. Se aplicará el cuestionario a pacientes y se les evaluará con DERA a personas entre 25-60 años que acudan a Centros especializados en Infertilidad. Posteriormente se procederá al análisis de datos.

Un estudio de análisis estadístico y análisis descriptivo de las variables: edad, sexo, escolaridad, ocupación, frecuencia coital, estado civil, enfermedad, infertilidad en la familia, duración de la infertilidad (Anexo 2).

El riesgo mayor de este estudio es el tiempo y la población a evaluar, el cronograma podría tener ciertas modificaciones.

CAPÍTULO 4

4.1 Resultados

Tabla 1

Distribución del grupo de estudio según la variable grupo etario

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
25-35	12	35,3
35-45	19	55,9

45-55	2	5,9
>55	1	2,9
Total	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 1 se observa el grupo de estudio distribuido por número de años cumplidos. El porcentaje de los pacientes con diagnóstico de infertilidad es mayor en edades de 35 a 45 años de edad (55,9%), que en los demás grupos.

Tabla 2

Distribución del grupo de estudio según la variable sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	14	41,2
Femenino	20	58,8
Total	34	100,0

Fuente: formulario de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 2 se describe el grupo de pacientes distribuidos por sexo. En general existe una participación mayor en el estudio de mujeres con diagnóstico de infertilidad, que hombres.

Tabla 3

Distribución del grupo de estudio según la variable antecedente de enfermedad

Patología previa	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad de transmisión sexual	2	5,9
Enfermedad neurológica	1	2,9
Ninguna	31	91,2
Total	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

Esta tabla indica el grupo de pacientes con diagnóstico de infertilidad distribuidos por la variable antecedentes de enfermedad. Hay una superioridad de voluntarios que no presentan antecedentes de enfermedades; dos (5,9%) pacientes, manifiestan antecedentes de enfermedades de transmisión sexual; y, uno manifiesta antecedentes de enfermedad neurológica, que representa el 2,9% de la muestra.

Tabla 4

Distribución del grupo de estudio según la variable estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	1	2,9
Casado	21	61,8
Divorciado	6	17,6
Unión libre	6	17,6
Total	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

Se observa el grupo de estudio distribuidos por el estado civil actual. Los pacientes casados representan la mayoría de esta variable; mientras que los pacientes divorciados y con unión libre son homogéneos, y un paciente es soltero.

Tabla 5

Distribución del grupo de estudio según la variable escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	5	14,7
Secundaria	12	35,3
Superior	17	50,0
Ninguna	0	0,0
Total	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 5 representa el grupo de 34 personas con diagnóstico de infertilidad distribuidos por escolaridad. La mitad de la muestra prolongaron sus estudios hasta la universidad (superior); mientras que 12 (35,3%) personas estudiaron hasta la secundaria; y, ninguna presenta no tener estudios. En general el grupo es heterogéneo existiendo un mayor número de pacientes con educación universitaria o superior y ninguno sin educación.

Tabla 6

Distribución del grupo de estudio según la variable ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	20	58,8
Empleado	13	38,2
Jubilado	0	0
Ninguno	1	2,9
Total	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 6 se observa la muestra de pacientes distribuidos por ocupación, donde los que tienen ocupaciones o empleos profesionales representan a más de la mitad de la muestra del estudio; continúan los pacientes que son empleados, que representan el 38,2 % de la muestra; y, un paciente es estudiante, que corresponde al 2,9 % de la muestra; y, ninguno es jubilado.

Tabla 7

Distribución del grupo de estudio según la variable frecuencia Coital

Frecuencia coital	Frecuencia	Porcentaje
Diario	3	8,8
Dos veces por semana	11	32,4
Más de dos veces por semana	16	47,1
Menos de dos veces por semana	4	11,8

Total

34

100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 7 se observa el grupo de 34 pacientes con diagnóstico de infertilidad distribuidos por frecuencia coital por semana. Aproximadamente la mitad (47,1%) mantienen relaciones sexuales más de dos veces por semana, continuando los que mantienen relaciones sexuales dos veces por semana (32,4%). Mientras que un 8,8% de los pacientes mantienen relaciones sexuales a diario.

Tabla 8

Distribución del grupo de estudio según la variable antecedente de infertilidad en la familia

Antecedente de infertilidad en la familia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	5,9
No	32	94,1
Total	34	100,0

Fuente: formulario de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 8 se observa el grupo de 34 usuarios con diagnóstico de infertilidad distribuidos por antecedentes de infertilidad presentes en la familia, en general existe heterogeneidad: la mayor parte de participantes (94,1%) no presentan antecedentes de infertilidad en su familia, y solo el 5,9% presentan antecedentes de infertilidad en la familia.

Tabla 9

Distribución del grupo de estudio según la variable duración de la infertilidad

Duración de la infertilidad	Frecuencia	Porcentaje
Uno a dos años	16	47,1
Tres a cuatro años	4	11,8
Cinco a seis años	6	17,6
Siete años en adelante	8	23,5

Total	34	100,0
--------------	----	-------

Fuente: formulario de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 9 se observa el grupo de 34 usuarios que participaron en este estudio distribuidos por duración de infertilidad. El porcentaje de pacientes con duración de infertilidad de uno a dos años representan aproximadamente la mitad de la muestra este estudio (47,1%), y les siguen los pacientes con duración de infertilidad de siete años en adelante representando cerca de una cuarta parte 23,5%.

Tabla 10

Distribución del grupo de estudio según la escala desajuste emocional

Desajuste Emocional	Frecuencia	Porcentaje
Alto	13	38,2
Medio	15	44,1
Bajo	6	17,6
Total	34	100,0

Fuente: formulario de recolección

Elaborado por el autor

El desajuste emocional (DE), recursos adaptativos (RA), tanto personales (RP) como interpersonales (RI), se evaluaron a través del test DERA para personas con diagnóstico de infertilidad, el cual califica por intensidad, y por medio entendemos la presencia de alguno de ellos, por bajo la ausencia, y por alto la posible presencia de un trastorno psicopatológico. En general el porcentaje de pacientes de este estudio con presencia de desajuste emocional es alto, aproximadamente la mitad del grupo presentan DE medio 44,1% y un 38,2% DE alto.

Tabla 11

Distribución del grupo de estudio según la sub-escala recursos personales

Recursos Personales	Frecuencia	Porcentaje
Alto	14	41,2
Medio	12	35,3
Bajo	8	23,5
Total	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

Existe un mayor promedio de usuarios que poseen recursos personales altos en este estudio 42,2%, lo cual significa que tienen rasgos de personalidad que pueden hacer frente a situaciones estresantes como lo son las técnicas de reproducción asistida.

Tabla 12

Distribución del grupo de estudio según la sub-escala recursos interpersonales

Recursos Interpersonales	Frecuencia	Porcentaje
Alto	9	26,5
Medio	15	44,1
Bajo	10	29,4
Total	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 12 se observa en la muestra existe un mayor porcentaje de usuarios 44,1% que presentan recursos interpersonales medios, lo que entendemos que en los pacientes de este grupo de estudio existe apoyo social que les permite afrontar con éxito las situaciones y mantener o recuperar, en las distintas áreas vitales, el nivel de funcionamiento presentes antes de la aparición del suceso estresante.

Tabla 13

Distribución del grupo de estudio según la escala recursos adaptativos

Recursos Adaptativos	Frecuencia	Porcentaje
Alto	8	23,5
Medio	14	41,2
Bajo	12	35,3
Total	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

Recursos adaptativos; se observa que en el grupo de 34 pacientes con diagnóstico de infertilidad existe un mayor promedio de recursos adaptativos medios.

Tabla 14.

Correlación de la escala desajuste emocional y sexo.

Desajuste emocional	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	4	30,8	9	69,2	13	100,0
Medio	9	60,0	6	40,0	15	100,0
Bajo	1	16,7	5	83,3	6	100,0
Total	14	41,2	20	58,8	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

El porcentaje de la presencia de desajuste emocional según el sexo de los pacientes, en general fue heterogéneo, siendo mayor en mujeres que en hombres. Y en cuanto a presencia de desajuste emocional alto, el porcentaje también es mayor en mujeres.

Tabla 15

Correlación de la sub-escala Recursos personales y sexo.

Recursos personales	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	7	50,0	7	50,0	14	100,0
Medio	7	58,3	5	41,7	12	100,0
Bajo	0	0,0	8	100,0	8	100,0
Total	14	41,2	20	58,8	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

El porcentaje de recursos personales presentes según sexo es mayor en hombres que en mujeres. Mientras que en mujeres hay un mayor porcentaje de ausencia de recursos personales.

Tabla 16

Correlación de la sub-escala Recursos interpersonales y sexo.

Recursos Interpersonales	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Medio	6	40,0	9	60,0	15	100,0
Bajo	1	10,0	9	90,0	10	100,0
Total	14	41,2	20	58,8	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

El porcentaje de presencia de recursos interpersonales es mayor en los usuarios masculinos que femeninos. Con un porcentaje de 77,8% en recursos interpersonales altos y un 40,0% en recursos interpersonales medios.

Tabla 17

Correlación de escala Recursos adaptativos y sexo.

Recursos adaptativos	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	6	75,0	2	25,0	8	100,0
Medio	7	50,0	7	50,0	14	100,0
Bajo	1	8,3	11	91,7	12	100,0
Total	14	41,2	20	58,8	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

El porcentaje de presencia de recursos adaptativos en los pacientes es mayor en hombres que en mujeres. Y en mujeres los recursos adaptativos tienen mayor ausencia.

Tabla 18

Correlación de la escala Desajuste emocional y edad

Desajuste emocional	Edad (años)									
	25-35		35-45		45-55		>55		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	6	46,2	4	30,8	2	15,4	1	7,7	13	100,0
Medio	4	26,7	11	73,3	0	0,0	0	0,0	15	100,0
Bajo	2	33,3	4	66,7	0	0,0	0	0,0	6	100,0
Total	12	35,3	19	55,9	2	5,9	1	2,9	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

El grupo etario con mayor presencia de desajuste emocional es de 35 a 45 años de edad. De las 13 personas diagnosticadas de desajuste emocional alto 6 (46,2%) tienen de 25 a 35 años, 4 (30,8%) tienen de 35 a 45 años, 2 (15,4%) tiene de 45 a 55 años, y 1 (7,7%) tienen más de 55 años. De las 15 con desajuste emocional medio 4 (26,7%) tienen entre 25 a 35 años, 11 (73,3%) tienen entre 35 a 45 años, mientras que en el grupo etario 45-55 y >55 no presentan desajuste emocional medio, y de los 6 con desajuste emocional bajo 2 (33,3%) tienen entre 25 a 35 años, 4 (66,7%) entre 35 a 45 años, mientras que en el grupo etario 45-55 y >55 no presentan desajuste emocional bajo.

Tabla 19

Correlación de la sub-escala Recursos personales y edad

Recursos personales	Edad (años)									
	25-35		35-45		45-55		>55		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	5	35,7	6	42,9	2	14,3	1	7,1	14	100,0
Medio	4	33,3	8	66,7	0	0,0	0	0,0	12	100,0
Bajo	3	37,5	5	62,5	0	0,0	0	0,0	8	100,0
Total	12	35,3	19	55,9	2	5,9	1	2,9	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

El grupo etario con mayor presencia de recursos personales es de 35 a 45 años de edad. En general, la distribución de recursos personales según la edad fue heterogéneo. De las 14 personas diagnosticadas de recursos personales altos 5 (35,7%) tienen entre 25 a 35 años, 6 (42,9%) tienen entre 35 a 45 años, 2 (14,3%) tienen entre 45 a 55 años, y 1 (7,1%) más de 55 años. De las 12 con recursos personales medios 4 (33,3%) tienen entre 25 a 35 años, 8 (66,7%) tienen entre 35 a 45 años, y de los 8 con recursos personales bajos 3 (37,5%) tienen entre 25 a 35 años, 5 (62,5%) entre 35 a 45 años.

Tabla 20

Correlación de la sub-escala Recursos interpersonales y edad

Recursos interpersonales	Edad (años)								Total	
	25-35		35-45		45-55		>55			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	2	22,2	7	77,8	0	0,0	0	0,0	9	100,0
Medio	6	40,0	6	40,0	2	13,3	1	6,7	15	100,0
Bajo	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0
Total	12	35,3	19	55,9	2	5,9	1	2,9	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En general, la distribución de recursos interpersonales según la edad fue heterogéneo. De las personas diagnosticadas de recursos personales altos y medios, la mayoría tienen entre 35 a 45 años, y de las 10 con recursos personales bajos 4 (40,0%) tienen entre 25 a 35 años, y 6 (60,0%) tienen entre 35 a 45 años de edad.

Tabla 21

Correlación de la escala Recursos adaptativos y edad

Recursos adaptativos	Edad (años)								Total	
	25-35		35-45		45-55		>55			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	1	12,5	6	75,0	0	0,0	1	12,5	8	100,0
Medio	6	42,9	6	42,9	2	14,3	0	0,0	14	100,0
Bajo	5	41,7	7	58,3	0	0,0	0	0,0	12	100,0
Total	12	35,3	19	55,9	2	5,9	1	2,9	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

La distribución de recursos adaptativos según la edad fue varia. De las 8 personas diagnosticadas de recursos adaptativos altos 1 (12,5%) tienen entre 25 a 35 años, 6 (75,0%) tienen entre 35 a 45 años, y 1 (12,5%) tiene más de 55 años. De las 14 con recursos personales medios 6 (42,9%) tienen entre 25 a 35 años, 6 (42,9%) tienen entre 35 a 45 años, y 2 (14,3) tienen entre 45 a 55 años, y de los 12 con recursos adaptativos bajos 5 (41,7%) tienen entre 25 a 35 años, 7 (58,3%) entre 35 a 45 años.

Tabla 22

Correlación de la escala Desajuste emocional y estado civil

Desajuste emocional	Estado Civil									
	Soltero		Casado		Divorciado		Unión libre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	0	0,0	8	61,5	2	15,4	3	23,1	13	100,0
Medio	1	6,7	9	60,0	2	13,3	3	20,0	15	100,0
Bajo	0	0,0	4	66,7	2	33,3	0	0,0	6	100,0
Total	1	2,9	21	61,8	6	17,6	6	17,6	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En general, la distribución del desajuste emocional según el estado civil fue heterogéneo. Con una predominancia de pacientes casados que presentan desajuste emocional en comparación de los solteros, unión libre y divorciados.

Tabla 23

Correlación de la sub-escala Recursos personales y estado civil

Recursos personales	Estado Civil									
	Soltero		Casado		Divorciado		Unión libre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	0	0,0	9	64,3	2	14,3	3	21,4	14	100,0
Medio	1	8,3	6	50,0	2	16,7	3	25,0	12	100,0
Bajo	0	0,0	6	75,0	2	25,0	0	0,0	8	100,0
Total	1	2,9	21	61,8	6	17,6	6	17,6	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En general, la distribución de los recursos personales según el estado civil fue heterogéneo. De las 14 personas diagnosticadas de recursos personales altos 9 (64,3%) son casados, 2 (14,3%) son divorciados, y 3 (21,4%) unión libre. De las 12 con recursos personales medios 1 (8,3%) es soltero, 6 (50,0%) son casados, 2 (16,7%) son divorciados, 3 (25,0) unión libre. Y de los 8 con recursos personales bajos 6 (75,0%) son casados, y 2 (25,0%) son divorciados.

Tabla 24

Correlación de la sub-escala Recursos interpersonales y estado civil

Recursos interpersonales	Estado Civil									
	Soltero		Casado		Divorciado		Unión libre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	0	0,0	7	77,8	1	11,1	1	11,1	9	100,0
Medio	0	0,0	8	53,3	4	26,7	3	20,0	15	100,0
Bajo	1	10,0	6	60,0	1	10,0	2	20,0	10	100,0
Total	1	2,9	21	61,8	6	17,6	6	17,6	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 24 se estudió 34 personas con diagnóstico de infertilidad. En general, la distribución de los recursos interpersonales según el estado civil fue heterogéneo. De las 9 personas diagnosticadas de recursos interpersonales altos 7 (77,8%) son casados, 1 (11,1%) son divorciados, y 1 (11,1%) unión libre. De las 15 con recursos personales medios 8 (53,3%) son casados, 4 (26,7%) son divorciados, 3 (20,0) unión libre. Y de los 10 con recursos personales bajos 1 (10,0%) es soltero, 6 (60,0%) son casados, 1 (10,0%) son divorciados, y 2 (20,0%) unión libre.

Tabla 25

Correlación de la escala Recursos adaptativos y estado civil

Recursos adaptativos	Estado Civil									
	Soltero		Casado		Divorciado		Unión libre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	0	0,0	6	75,0	1	12,5	1	12,5	8	100,0
Medio	0	0,0	8	57,1	3	21,4	3	21,4	14	100,0
Bajo	1	8,3	7	58,3	2	16,7	2	16,7	12	100,0
Total	1	2,9	21	61,8	6	17,6	6	17,6	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 25 se estudió 34 personas con diagnóstico de infertilidad. En general, la distribución de los recursos adaptativos según el estado civil fue heterogéneo. De las 8 personas diagnosticadas de recursos adaptativos altos 6 (75,0%) son casados, 1 (12,5%) son divorciados, y 1 (12,5%) unión libre. De las 14 con recursos adaptativos medios 8 (57,1%) son casados, 3 (21,4%) son divorciados, 3 (21,4) unión libre. Y de los 12 con recursos adaptativos bajos 1 (8,3%) es soltero, 7 (58,3%) son casados, 2 (16,7%) son divorciados, y 2 (16,7%) unión libre.

Tabla 26

Correlación de la escala Desajuste emocional y escolaridad

Desajuste emocional	Escolaridad							
	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	4	30,8	4	30,8	5	38,5	13	100,0
Medio	1	6,7	7	46,7	7	46,7	15	100,0
Bajo	0	0,0	1	16,7	5	83,3	6	100,0
Total	5	14,7	12	35,3	17	50,0	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 26 se estudió 34 personas con diagnóstico de infertilidad: 5 (14,7%) asistieron a la primaria, 12 (35,3%) asistieron a la secundaria y 17 (50,0%) son profesionales. En general, la distribución del desajuste emocional según la escolaridad fue heterogéneo. De las 13 personas diagnosticadas de desajuste emocional alto 4 (30,8%) asistieron a la primaria, 4 (30,8%) asistieron a la secundaria y 5 (38,5%) son profesionales. De las 15 con desajuste emocional medio 1 (6,7%) asistieron a la primaria, 7 (46,7%) estudiaron la secundaria y 7 (46,7%) son profesionales. Y de los 6 con desajuste emocional bajo 1 (16,7%) estudio la secundaria y 5 (83,3%) son profesionales.

Tabla 27

Correlación de la sub-escala Recursos personales y escolaridad

Recursos personales	Escolaridad							
	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	4	28,6	5	35,7	5	35,7	14	100,0
Medio	0	0,0	5	41,7	7	58,3	12	100,0
Bajo	1	12,5	2	25,0	5	62,5	8	100,0
Total	5	14,7	12	35,3	17	50,0	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 27 se estudió 34 personas con diagnóstico de infertilidad. En general, la distribución de los recursos personales según la escolaridad fue heterogéneo. De las 14 personas diagnosticadas de recursos personales altos 4 (28,6%) asistieron a la primaria, 5 (35,7%) asistieron a la secundaria y 5 (35,7%) son profesionales. De las 12 con recursos personales medios 0 asistieron a la primaria, 5 (41,7%) estudiaron la secundaria y 7 (58,3%) son profesionales. Y de los 8 con recursos personales bajos 1 (12,5%) estudio la primaria, 2 (25,0%) estudiaron la secundaria y 5 (62,5%) son profesionales.

Tabla 28

Correlación de la sub-escala Recursos interpersonales y escolaridad

Recursos Interpersonales	Escolaridad							
	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	1	11,1	5	55,6	3	33,3	9	100,0
Medio	3	20,0	5	33,3	7	46,7	15	100,0
Bajo	1	10,0	2	20,0	7	70,0	10	100,0
Total	5	14,7	12	35,3	17	50,0	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 28 se estudió 34 pacientes con diagnóstico de infertilidad. En general, la distribución de los recursos interpersonales según la escolaridad fue heterogéneo. De las 9 personas diagnosticadas de recursos interpersonales altos 1 (11,1%) asistieron a la primaria, 5 (55,6%) asistieron a la secundaria y 3 (33,3%) son profesionales. De las 15 con recursos interpersonales medios 3 (20,0%) asistieron a la primaria, 5 (33,3%) estudiaron la secundaria y 7 (46,7%) son profesionales. Y de los 10 con recursos interpersonales bajos 1 (10,0%) estudio la primaria, 2 (20,0%) estudiaron la secundaria y 7 (70,0%) son profesionales.

Tabla 29

Correlación de la escala Recursos adaptativos y escolaridad

Recursos adaptativos	Escolaridad							
	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	2	25,0	4	50,0	2	25,0	8	100,0

Medio	2	14,3	4	28,6	8	57,1	14	100,0
Bajo	1	8,3	4	33,3	7	58,3	12	100,0
Total	5	14,7	12	35,3	17	50,0	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 29 se estudió 34 pacientes con diagnóstico de infertilidad. En general, la distribución de los recursos adaptativos según la escolaridad fue heterogéneo. De las 8 personas diagnosticadas de recursos adaptativos altos 2 (25,0%) asistieron a la primaria, 4 (50,0%) asistieron a la secundaria y 2 (25,0%) son profesionales. De las 14 con recursos adaptativos medios 2 (14,3%) asistieron a la primaria, 4 (28,6%) estudiaron la secundaria y 8 (57,1%) son profesionales. Y de los 12 con recursos personales bajos 1 (8,3%) estudio la primaria, 4 (33,3%) estudiaron la secundaria y 7 (58,3%) son profesionales.

Tabla 30

Correlación de la escala Desajuste emocional y ocupación

Desajuste emocional	Ocupación						Total	
	Profesional		Empleado		Ninguno		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	7	53,8	6	46,2	0	0,0	13	100,0
Medio	8	53,3	6	40,0	1	6,7	15	100,0
Bajo	5	83,3	1	16,7	0	0,0	6	100,0
Total	20	58,8	13	38,2	1	2,9	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 30 se estudió 34 pacientes con diagnóstico de infertilidad de acuerdo a la ocupación: 20 (58,8%) son profesionales, 13 (38,2%) empleados y un voluntario es desocupado (2,9%). En general, la distribución del desajuste emocional según la escolaridad fue heterogéneo. De las 13 personas diagnosticadas de desajuste emocional alto 7 (53,8%) son profesionales, 6 (46,2%) empleados y ninguno desocupado. De las 15 con desajuste emocional medio 8 (53,8%) son profesionales, 6 (40,0%) empleados y uno (6,7%) es desocupado. Y de los 6 con desajuste emocional bajo 5 (83,3%) es profesional y 1 (16,7%) empleado.

Tabla 31

Correlación de la sub-escala Recursos personales y ocupación

Recursos personales	Ocupación						Total	
	Profesional		Empleado		Ninguno		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	8	57,1	5	35,7	1	7,1	14	100,0
Medio	7	58,3	5	41,7	0	0,0	12	100,0
Bajo	5	62,5	3	37,5	0	0,0	8	100,0
Total	20	58,8	13	38,2	1	2,9	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 31 se estudió 34 pacientes con diagnóstico de infertilidad. En general, la distribución de los recursos personales según la escolaridad fue heterogéneo. De las 14 personas diagnosticadas de recursos personales altos 8 (57,1%) son profesionales, 5 (35,7%) empleados y 1 (7,1) desocupado. De las 12 con recursos personales medios 7 (58,3%) son profesionales, 5 (41,7%) empleados y 0 desocupados. Y de los 6 con recursos personales bajos 5 (62,5%) es profesional y 3 (37,5%) empleados.

Tabla 32

Correlación de la sub-escala Recursos interpersonales y ocupación

Recursos Interpersonales	Ocupación						Total	
	Profesional		Empleado		Ninguno		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	4	44,4	5	55,6	0	0,0	9	100,0
Medio	8	53,3	6	40,0	1	6,7	15	100,0
Bajo	8	80,0	2	20,0	0	0,0	10	100,0
Total	20	58,8	13	38,2	1	2,9	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 32 se estudió 34 pacientes con diagnóstico de infertilidad. En general, la distribución de los recursos interpersonales según la escolaridad fue heterogéneo. De las 9 personas diagnosticadas de recursos interpersonales altos 4 (44,4%) son profesionales, 5 (55,6%) empleados y ninguno desocupado. De las 15 con recursos interpersonales medios 8 (53,3%) son profesionales, 6 (40,0%) empleados y 1 (6,7) desocupados. De los 10 con recursos interpersonales bajos 8 (80,0%) son profesionales y 2 (20,0%) empleados.

Tabla 33

Correlación de la escala Recursos adaptativos ocupación

Recursos Adaptativos	Ocupación						Total	
	Profesional		Empleado		Ninguno			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	3	37,5	5	62,5	0	0,0	8	100,0
Medio	11	78,6	2	14,3	1	7,1	14	100,0
Bajo	6	50,0	6	50,0	0	0,0	12	100,0
Total	20	58,8	13	38,2	1	2,9	34	100,0

Fuente: formularios de recolección

Elaborado por el autor

En la tabla 33 se estudió 34 pacientes con diagnóstico de infertilidad. En general, la distribución de los recursos adaptativos según la escolaridad fue heterogéneo. De las 8 personas diagnosticadas de recursos adaptativos altos 3 (37,5%) son profesionales, 5 (62,5%) empleados y ningún desocupado. De las 14 con recursos adaptativos medios 11 (78,6%) son profesionales, 2 (14,3%) empleados y 1 (7,1%) desocupados. Y de los 12 con recursos adaptativos bajos 6 (50,0%) es profesional y 6 (50,0%) empleados.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

¿Hay una prevalencia de modificaciones significativas de desajuste emocional en personas con diagnóstico de infertilidad?

El promedio de edad de los pacientes con diagnóstico de infertilidad observado en este estudio fue 35 a 45 años lo que coincide con otros estudios y que determinan que mientras mayor edad tiene una persona (especialmente la mujer) mayor es el riesgo de padecer infertilidad ya que la fecundidad disminuye con el tiempo y de asistir más a consulta (Urdaneta, J., 2010; Romero, R., 2008; ASRM, 2003). En el año 2013, la ASRM indica que la mejor edad reproductiva de una mujer es entre de los 20 años. La fertilidad

disminuye gradualmente a partir de los 30 años, sobre todo después de los 35 años. Cada vez que una mujer sana de 30 años intente embarazarse tiene una probabilidad del 20%. A los 40 años la probabilidad de lograr un embarazo es inferior al 5% por ciclo. La influencia de la edad en el hombre es más confusa, no existen datos suficientes que evalúen el impacto de la edad en el varón sobre su fecundidad. Dichas cifras coinciden con este trabajo de estudio.

De acuerdo a las variables de educación y ocupación la mayoría de pacientes continuaron sus estudios hasta la universidad y la mayoría tienen empleos profesionales. Esto es un factor de riesgo, el tener hijos se aplaza para después de culminar los estudios universitarios y ser económicamente estables y aumenta el riesgo de padecer infertilidad porque la fertilidad como manifestamos anteriormente disminuye con la edad, y en el varón disminuye la calidad de espermatozoides.

El promedio de asistencia a consulta fue mayor en pacientes con una duración de diagnóstico de infertilidad de uno a dos años; el límite de las personas para intentar tener hijos por si mismos es de uno a dos años como período hasta decidir asistir a un centro de fertilidad y que los primeros años de diagnóstico de infertilidad son en los que mayormente demandan por consulta: tratamiento médico y diagnóstico.

La asistencia por consulta de pacientes fue mayor en las mujeres 58,8% que en los hombres con diagnóstico de infertilidad; este dato es igual al de otros estudios realizados a parejas con diagnóstico de infertilidad primaria en Latinoamérica, donde se manifiesta que la asistencia a consulta es mayor en mujeres, ya que en nuestro medio los hombres se niegan a la realización de cualquier estudio (ej. espermatograma) y asistir a consulta lo consideran "cosas de mujeres" (indudablemente esto hace que surjan tensiones, conflictos en personas casadas o en la relación de convivencia) buscan mantener su situación privada y a veces se distancian de su círculo familiar y social, con la intención de que no se conozcan sus problemas y no tener que enfrentar la presión social que cuenta a la descendencia como rol principal del ser humano (Veintimilla, 2013; Gonzales, y Miyar, 2001).

De acuerdo a la sexualidad, la frecuencia coital de veces por semana en promedio de las personas de este estudio fue de más de dos veces por semana; comparando este resultado con otro estudio realizado en ocho países latinoamericanos a mujeres no esterilizadas que concurrían con sus parejas a las clínicas de las asociaciones de

planificación familiar para una consulta médica o reabastecerse de algún contraceptivo (Pineda, M., et al. 2009), las cifras son similares. Lo que nos da a entender que la sexualidad en personas con diagnóstico de infertilidad de este estudio no es menor a las personas sin problemas de fertilidad; contrariamente lo expresado difiere de otro estudio hecho a un grupo de 181 individuos infértiles, provenientes de Bélgica, Francia y Holanda, que fueron comparados con un grupo control, se manifestaron importantes alteraciones en la vida sexual, tanto en la frecuencia y espontaneidad de la relación sexual, como en la satisfacción e interés (Oddens, B., den Tonkelaar, I., y Nieuwenhuyse, H., 1999), donde la práctica sexual por semanal era menor y en ocasiones ausente. Lo que da a entender que puede existir una diferencia entre personas con diagnóstico de infertilidad de diferentes continentes.

Acorde al estado civil este estudio revela que los pacientes casados (as) son los que más asistieron por consulta por problemas de infertilidad que los otros grupos (solteros, divorciados y unión libre). En el matrimonio la concepción de un hijo es muy importante siendo en muchos el principal propósito de formar una familia. También existe presión de la sociedad al no existir el hijo, ya que se piensa que los hijos son la base de un matrimonio; por ello acuden más pronto cuando necesitan ayuda en este tema.

Existe una mayor cantidad de personas que poseen recursos personales altos en este estudio, especialmente en los varones en comparación con las mujeres. Lo que significa que ellos presentan rasgos de personalidad más firmes y que pueden hacer frente a situaciones estresantes como lo son los tratamientos de reproducción asistida. Concuera con otras investigaciones que evidencian que las mujeres en este tipo de atención tienden a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas o evitativas y a experimentar más sentimientos de culpa sobre la infertilidad y en definitiva más desajuste emocional (Anderson, et al.2003; Lukse y Vacc, 1999).

Correspondiente a la sub escala de recursos interpersonales existe un mayor porcentaje de personas que presentan recursos interpersonales medios. Por lo que se entiende que la mayor parte del grupo de estudio no presentan un apoyo social importante, que les permite afrontar con éxito las situaciones y mantener o recuperar en las distintas áreas vitales el nivel de funcionamiento que presentaban antes de la aparición del suceso estresante.

De acuerdo a la correlación de las variables sociodemográficas con la escala desajuste emocional un factor de riesgo que se asoció a desajuste emocional fue pertenecer al sexo femenino. Las mujeres presentaron más desajuste emocional en el grupo de estudio y tienen más predisposición a presentar un alto desajuste emocional por consecuencia a presentar o desarrollar trastornos psicopatológicos.

De acuerdo con la edad el grupo de pacientes de 35 a 45 años fueron los que más desajuste emocional presentaron en comparación a los demás grupos; la edad es también un factor de riesgo para presentar desajuste emocional, mientras más edad tiene el paciente con diagnóstico de infertilidad mayor predisposición a presentar emociones negativas.

Otro factor de riesgo para tener predisposición a presentar desajuste emocional fue el estar casado. Las parejas casadas sienten más estrés social asociado al no poder cumplir con normas establecidas del matrimonio y paternidad, que promueven la fecundidad ya que los hijos contribuyen con la felicidad de la pareja, garantizan la continuidad, la fortalecen, haciendo inmortal la especie. Concretamente estos resultados ajustan con varios estudios ya descritos anteriormente en este trabajo que evidencian la existencia de alteraciones emocionales como la ansiedad y depresión, especialmente en personas mayores de edad, mujeres, y de estado civil casadas. (Seibel, Lobo, Motta, Kotecki, Fuentes, Serafini, Pet al., 2003).

El objetivo principal de este estudio fue el determinar si las personas con diagnóstico de infertilidad que asisten a los centros de fertilidad “NACER” y “Bio-GEPA” del Cantón Cuenca tienen prevalencia a presentar desajuste emocional, el cual fue evidente, al presentar un 44,1% de los voluntarios presencia de desajuste emocional (DE) y un 38,2 presencia de un alto DE, este último significa que las personas con un alto DE son más propensas a presentar o desarrollar un trastorno psicopatológico.

La infertilidad afecta cada vez a más personas y el incremento se debe a varias razones, entre ellas: el posponer el embarazo que es contrariamente proporcional a la tasa de fecundidad femenina. Así, si bien la infertilidad no constituye en sí misma una psicopatología, el proceso que abarca afrontar un diagnóstico de infertilidad, someterse a técnicas de reproducción asistida y a los repetidos intentos por conseguir un embarazo, constituye un periodo largo y estresante que sitúa a las parejas en riesgo de desarrollar

problemas emocionales y de desajuste emocional (Fassino, Pierò, Boggie, Piccioni y Garzaro, 2002; Smeenk, Verhaak, Eugster, Van Minnen, Zielhuis y Braat, 2001).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Según las escalas del test DERA de desajuste emocional y recursos adaptativos para personas con infertilidad, el estudio señala que del total de 34 pacientes de la muestra:

El 38,2% presentan un desajuste emocional alto, 44,1% un desajuste emocional medio, y el 17,6% un desajuste emocional bajo.

Desajuste emocional alto, indica la existencia de emociones negativas que generan un estado de discomfort en los sujetos e incrementa su vulnerabilidad a situaciones estresantes, ante las que puede adoptar una conducta pesimista. Estos sujetos pueden

presentar sintomatología cognitiva, motora o fisiológica propia de los estados emocionales negativos, así como sentimientos de inseguridad sobre su capacidad para afrontar exitosamente los problemas. Especialmente cuando las puntuaciones sobrepasan notablemente el percentil 75, puede indicar la posible presencia de problemas de ansiedad o de depresión que deberían ser objeto de una evolución más detallada.

En general, los factores de riesgo asociados para la prevalencia de desajuste emocional alto son: pertenecer al sexo femenino 69,2%; tener edades entre 25 a 35 años 46,2%, ser casado 61,5%; poseer estudios universitarios y haber conseguido una ocupación profesional. Mientras que en hombres existe un menor riesgo de padecer desajuste emocional alto 30,8%.

El grupo de edad de 35-45 años presenta mayor desajuste emocional bajo, lo que indica que las personas se encuentran libres de procesos psicopatológicos relacionados con la ansiedad o con trastornos del estado de ánimo y no presentan una especial prevalencia de emociones negativas, de tal manera el sujeto es capaz de mantener la estabilidad emocional y preservar su equilibrio personal ante las situaciones en las que se encuentra.

El 23,5% presentan recursos adaptativos altos, 41,2% recursos adaptativos medios, y el 35,3% recursos adaptativos bajos.

Recursos adaptativos altos: Revelan que son sujetos que potencialmente poseen las actitudes y las estrategias que les permiten afrontar los problemas a los que se enfrenta.

Un 75,0% de hombres presentan recursos adaptativos altos. Según la edad de la muestra el grupo de 35-45 años presenta un 75,0% de recursos adaptativos altos. Un 75,0% de los pacientes casados (as) presenta recursos adaptativos altos. Mientras que en recursos adaptativos medios existe homogeneidad entre hombres y mujeres.

El 91,7% de mujeres presenta recursos adaptativos bajos, lo que determina que la mayoría de las mujeres no disponen de estrategias básicas que le permitan afrontar las situaciones estresantes y le ayuden a preservar su equilibrio emocional durante las mismas.

El DERA se aplicó al inicio de la primera consulta o visita por tratamiento, por lo que se determina que: los porcentajes altos de desajuste emocional, y altos recursos adaptativos (por ejemplo, en mujeres); pueden corresponder a que los recursos adaptativos van disminuyendo con el transcurso del tiempo durante TRA.

En total se estudió una población de 34 pacientes con diagnóstico de infertilidad que asistieron a los centros de fertilidad “NACER” y “Bio-GEPA” del Cantón Cuenca.

En general la mayoría de los participantes tenían edades de entre 35 a 45 años, también existió un mayor promedio de asistencia de mujeres que hombres.

La mayor parte de la muestra del estudio no presentan antecedentes de enfermedad salvo tres casos, que de ellos dos presentan enfermedades de transmisión sexual y uno enfermedad neurológica.

En cuanto al estado civil, la asistencia a los centros de fertilidad fue mayor en los pacientes casados (as).

De acuerdo a la escolaridad de la muestra de estudio señala que la mitad de ellos asistieron a la universidad, por lo tanto, más personas tienen una ocupación profesional como medio de sustento.

La frecuencia coital realizada por semana más representativa de este grupo es más de dos veces por semana que es de 16 personas y que representa el 47,1% de la muestra. También la mayoría de estudiados no presenta antecedentes de infertilidad en la familia 94,1%.

En cuanto a tiempo de infertilidad, la mayoría de los entrevistados presenta una duración de uno a dos años, mientras que la segunda con mayor duración es de siete años en adelante.

El presente estudio da una visión amplia de la infertilidad que permiten un abordaje o manejo de las personas infértiles que abarquen aspectos psicológicos y emocionales convirtiéndole en una problemática psicobiológica social en nuestro medio, que esté presente antes, durante y después del diagnóstico y tratamientos debido a la alta prevalencia de desajuste emocional y la naturaleza estresante de los mismos.

También se deben implementar en el campo de la psicología el desarrollo de protocolos de trabajo enfocados en el abordaje inicial de las personas infértiles por el interés demostrado de los pacientes obteniendo un mayor acercamiento y como consecuencia el bienestar de la persona creando una actitud positiva para este fin “tener hijo”

La prevención de la infertilidad debe ser temprana tanto en hombres como en mujeres, debido a que el tiempo es un factor de riesgo en la fecundidad.

A pesar de que la mujer ha sobrellevado la responsabilidad de la infertilidad, en la realidad cotidiana la capacidad reproductiva del varón es deficiente en al menos el 40% de los casos, de ahí que su evaluación con la ayuda psicológica debe hacerse desde el comienzo mismo del abordaje debido a que los estudios por lo general son simples, no invasores y poco onerosos.

Es necesaria la integración de los servicios de atención buscando soluciones de dichas personas y facilitándoles la continuidad como un proyecto social y humano vinculado a esta área de la infertilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbey, A., Andrews, F. M., y Halman, L. J. (1992). Infertility and Subjective Well-Being: The mediating Roles of Self-Esteem, Internal Control, And Interpersonal Conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 14(4), 408-417.
- American Society for Reproductive Medicine. (2003). *Age and Fertility. A guide for patients*. Alabama: ASRM.
- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A., y Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 353-355
- Arpi, M. (2007). *Evaluación y modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos adscritos a la dirección provincial de salud del cantón Cuenca*

- sobre el manejo de la pareja infértil. (Tesis de Maestría no publicada).
Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador
- Bentley, G. (2000). "Environmental Pollution and Fertility". Cambridge: Cambridge University Press. United States of America
- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., y Kopelman, S. (2003). Definición y causas de infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 54(4), 227- 248.
- De la Rubia, J. (2011). Frecuencia de relaciones sexuales en parejas casadas: diferencias entre hombres y mujeres. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*. 17(33), 45-76
- Dhillon, R., Cumming, C., y Cumming, D. (2000). Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*, 74(4), 702-706.
- Domar, A. D., y Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 14, 45-52.
- Dominguez, R. (2010). ¿Qué sabemos hoy sobre las relaciones entre estrés e infertilidad?. Programa de educación y Apoyo Psicológico. *Revista medica Clínica las Condes*, 21(3), 463-468
- Española, R. A. (24."ed.). (2014). *Diccionario de la lengua española*. Autor. Madrid, España.
- Facchinetti, F., Demyttenaere, K., Fioroni, L., Neri, I., y Genazzani. (1992). Psychosomatic disorders related to gynecology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 137-154.
- Fachinetti, F., Volpe, A., Matteo, M., Guenazzani, A., y Artini, G. (1997). An increased vulnerability to stress is associated with poor outcome of invitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil Steril*, 67, 309-314.
- Glover, L., Hunter, M., y Richards, J. E. (1999). Development of the fertility adjustment scale. *Fertil. Steril*, 74, 623–628.
- Gonzales, I, y Miyar, E. (2001). Infertilidad y Sexualidad. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 17(3), 291-295

- Guerra, D., y Tirado, M. (2007). Intervención psicológica grupal en medicina reproductiva. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Asistida*, 1, 26-46.
- Lukse, M. P. y Vacc, N. A. (1999). *Obstetrics & Gynecology*, 93 (2), 245-51.
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness. The courage to grow from stress. *The Journal of Positive Psychology*. n/a
- Moreno-Rosset, C. (1999). La Psicología al servicio de la Reproducción Asistida. *Boletín de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF)*, 8(2), 2-6.
- Moreno-Rosset, C. (2000). Ansiedad y Depresión: Principales trastornos asociados a la infertilidad. Información Psicológica. *Revista Cuatrimestral del Colegio Oficial de Psicólogos del País de Valencia*, 73, 12-19.
- Moreno-Rosset, C. (2000). *Factores Psicológicos de la Infertilidad*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Moreno-Rosset, C., y Díaz, M. (2008). Características de la ansiedad en parejas infértiles y fértiles. *Ansiedad y Estrés*.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., Jenaro, C., y Gómez, Y. (2008). La Psicología de la Reproducción: la necesidad del psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud*.
- Oddens, B., den Tonkelaar, I., Nieuwenhuyse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems - a comparative survey. *Hum Reprod*, 14, 255-261.
- OMS. (2003). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pineda, M., A., Araya, J., D., Bertrand, J., Suazo, M., Rosero-Bixby, L., Cuervo, L., Espino, L., Eucaris, E., Infante, C., Roche, A., y Luna, L. (2009). Frecuencia del coito y cálculo del número de meses de protección por pareja en ocho países latinoamericanos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 102(4), 359-370
- Pérez-Peña. (2008). *De la infertilidad a la fertilidad. Una respuesta para la pareja infértil*. México: AMMR.

- Pérez-Peña, E. (Eds.). (2003). *Atención Integral de la infertilidad*. México: AMMR.
- Quaas, A., y Dokras, A. (2008). Diagnosis and treatment of unexplained infertility. *Rev Obstet Gynecol, 1*, 69-76
- Roizblat, A. (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Buenos Aires, Argentina: Mediterráneo Ltda.
- Romero, R., Abortes, I., Medina, G. (2008). Factores de riesgo asociados con infertilidad femenina. *Rev Gynecol Obstet Mex, 76*(12), 717-721
- Sandoval, C. (2006). *Clínica Sandoval*. Obtenido de Clínica Sandoval: www.clinicasandocal.com/infertilidad
- SEF. (2009). Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida 1 y 2 parte. *Sociedad Española de Reproduccion, 26*(1).
- Seibel, D., Lobo, D., Motta, E., Kotecki, J., Fuentes, D., Serafini, P. C. (2003). Assessment of anxiety in women undergoing In Vitro Fertilization (IVF) by the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Fertility and Sterility, 80* (3), 242.
- Urdaneta, J., Vera, C., García, I., Babel, N., Contreras, A. (2010). Insulina resistencia en mujeres infértiles. *Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología. 75*(3), 153-161
- Veintililla, M. (2013). Estudios de los efectos de la infertilidad primaria en las relaciones de parejas tratadas en el Centro Ecuatoriano de Reproduccion Humana. (Tesis de grado no publicada). Universidad Politecnica Salesiana SEDE Quito. Quito, Ecuador.
- Verhaak, C., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J., Kraaimaat, F., y Braat, D. (2007). Women`s emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update, 27*-36.
- Winston, R. (2nd edition). (1993). *The Complete Guide to Fertility & Infertility*. Pan Macmillan; .

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN “PREVALENCIA DEL DESAJUSTE EMOCIONAL EN PERSONAS CON INFERTILIDAD DE CUENCA DICIEMBRE 2015 - MARZO 2016”

Sr. (a) estamos realizando una investigación sobre el desajuste emocional para permitir un manejo de las personas con infertilidad más práctico, eficiente y también humano que abarquen aspectos emocionales y psicológicos a largo del proceso de diagnóstico, tiempo de respuesta o espera de resultados y tras comunicación de éstos.

Esta investigación no representa riesgo para la salud física, mental, ni económica, su participación es voluntaria y podrá retirarse de este estudio si así lo creyere

conveniente. Siendo necesaria su colaboración para que se llene este formulario de la forma más verdadera posible. La información recogida es confidencial y será conocida sólo por el investigador. Por medio del presente acepto participar en el estudio.

Nombre y firma del entrevistado:

f).

Nombre y firma del investigador:.....

f).

PERSONAS DE REFERENCIA:

MASTER MERCEDES ARPI mercedesarpi02@hotmail.com **0984929218**

DR. EDUARDO BACULIMA BERNAL fertilidad@biogepa.com **0999778701**

Anexo 2

**“PREVALENCIA DEL DESAJUSTE EMOCIONAL EN PERSONAS
INFÉRTILES DE CUENCA” DICIEMBRE 2015-MARZO 2016**

00 Número de Código según asignación..... _____

01 Edad (25-35) (35-45) (45-55)
(Más de 55)

02 Sexo Masculino _____ Femenino _____

03 Enfermedad..... _____

(1. Enfermedad de trasmisión sexual; 2. Criptorquidia; 3.

Diabetes; 4. Enfermedades neurológicas; 5. Tuberculosis; 6.

Respiratorias crónicas; 7.Obesidad; 8.Alcoholismo; 9.Tabaquismo; 10.

Otras)

04 Estado civil _____

(1.Soltero; 2.Casado; 3.Viudo; 4.Divorciado; 5.UL)

05 Escolaridad _____

(1.Ninguna; 2.Primaria; 3.Secundaria; 4.Superior)

06 Ocupación..... _____

(1. Profesional; 2. Empleado; 3. Jubilado; 4. Estudiante; 5. Ninguno)

07 Frecuencia coital..... _____

**(Diario; dos veces por semana; + dos veces por semana; - de dos veces
por semana)**

08 Infertilidad en la familia _____

09 Duración de la Infertilidad _____

10 Fecha actual _____

Anexo 3

Cuestionario DERA (Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad).

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU FORMA DE PENSAR, SENTIR O ACTUAR.

1	2	3	4	5
Absolutamente FALSO	Bastante FALSO	Ni VERDADERO ni FALSO	Bastante VERDADERO	Absolutamente VERDADERO
1				1 2 3 4 5
2				1 2 3 4 5
3				1 2 3 4 5
4				1 2 3 4 5
5				1 2 3 4 5
6				1 2 3 4 5
7				1 2 3 4 5
8				1 2 3 4 5
9				1 2 3 4 5
10				1 2 3 4 5
11				1 2 3 4 5
12				1 2 3 4 5
13				1 2 3 4 5
14				1 2 3 4 5
15				1 2 3 4 5
16				1 2 3 4 5
17				1 2 3 4 5
18				1 2 3 4 5
19				1 2 3 4 5
20				1 2 3 4 5
21				1 2 3 4 5
22				1 2 3 4 5
23				1 2 3 4 5
24				1 2 3 4 5
25				1 2 3 4 5
26				1 2 3 4 5
27				1 2 3 4 5
28				1 2 3 4 5
29				1 2 3 4 5
30				1 2 3 4 5
31				1 2 3 4 5
32				1 2 3 4 5
33				1 2 3 4 5
34				1 2 3 4 5
35				1 2 3 4 5
36				1 2 3 4 5
37				1 2 3 4 5
38				1 2 3 4 5
39				1 2 3 4 5
40				1 2 3 4 5
41				1 2 3 4 5
42				1 2 3 4 5
43				1 2 3 4 5
44				1 2 3 4 5
45				1 2 3 4 5
46				1 2 3 4 5
47				1 2 3 4 5
48				1 2 3 4 5



Autoras: C. Moreno-Rosset, R. Antequera Jurado y C. Jenaro Río.
 Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España.
 Printed in Spain.