



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC

**ESTIMA CORPORAL Y AJUSTE PSICOLÓGICO ENTRE PERSONAS CON Y
SIN INFERTILIDAD**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N

SANDRA IVETTE JUÁREZ DE LA CRUZ
KARLA GUADALUPE SÁNCHEZ AGUILAR

ASESOR:

DRA. BRENDA SARAHI CERVANTES LUNA

REVISORES:

DRA. MA. DEL CONSUELO ESCOTO PONCE DE LEÓN

C. DRA. MARICRUZ LARIOS LÓPEZ

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, JULIO 2020.

Estima corporal y ajuste psicológico entre personas con y sin infertilidad

Sandra Ivette Juárez De La Cruz

Karla Guadalupe Sánchez Aguilar

Universidad Autónoma Del Estado De México

Índice

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. Infertilidad

1.1 Definición	15
1.2 Prevalencia	15
1.3 Tipos	16
1.4 Causas de infertilidad	16
1.4.1 Infertilidad femenina	17
1.4.2 Infertilidad masculina	18
1.5 Tratamientos para la infertilidad	18
1.6 Consecuencias del tratamiento	20

CAPÍTULO II. Imagen corporal, estima corporal y ajuste psicológico en personas con infertilidad: Revisión de la literatura

2.1 Definición de imagen corporal	23
2.2 Definición de estima corporal	23
2.3 Definición de ajuste psicológico	23
2.3.1 Definición de ansiedad	24
2.3.2 Definición de depresión	24
2.3.3 Definición de estrés	24
2.4. Definición de calidad de vida	24
2.5 Revisión sistemática	25
2.6 Características metodológicas de los estudios	26
2.6.1 Países donde se han realizado los estudios	26
2.6.2 Características de los participantes	27
2.7 Principales hallazgos sobre imagen corporal en personas con infertilidad	27
2.8 Estima corporal en personas con infertilidad	31
2.9 Ajuste psicológico	31

2.9.1 Principales hallazgos sobre ansiedad en personas con infertilidad	31
2.9.2 Principales hallazgos sobre depresión en personas con infertilidad	36
2.9.3 Principales hallazgos sobre estrés en personas con infertilidad	41
2.10 Principales hallazgos sobre la calidad de vida en personas con infertilidad	44
2.11 Definición de ajuste sexual	47
2.11.1 Principales hallazgos sobre el ajuste sexual en personas con infertilidad	47

CAPÍTULO III. Método

3.1 Planteamiento del problema	58
3.2 Tipo de estudio y diseño	59
3.3 Objetivo general	59
3.3.1 Objetivos específicos	59
3.4 Hipótesis	60
3.5 Participantes	61
3.6 Instrumentos	62
3.6.1 Escala de estima corporal	62
3.6.2 Escala de depresión, ansiedad y estrés	62
3.6.3 Test SF-36	63
3.6.4 Inventario de depresión de Beck	63
3.6.5 Índice de Masa Corporal (IMC)	63
3.7 Procedimiento	64
3.8 Análisis estadístico	64

CAPÍTULO IV. Resultados

4.1 Descripción de la muestra	65
4.2 Comparación de la estima corporal, entre personas con y sin infertilidad	68

4.3 Comparación los síntomas de depresión, entre personas con y sin infertilidad	68
4.4 Comparación los síntomas de ansiedad, entre personas con y sin infertilidad	68
4.5 Comparación los síntomas de estrés, entre personas con y sin infertilidad	68
4.6 Comparación de la calidad de vida entre personas con y sin infertilidad	69
4.7 Asociación entre la estima corporal con los síntomas de depresión, en personas con y sin infertilidad	70
4.8 Asociación entre la estima corporal con los síntomas de ansiedad, en personas con y sin infertilidad	71
4.9 Asociación entre la estima corporal con los síntomas de estrés, en personas con y sin infertilidad	71
4.10 Asociación entre la calidad de vida con los síntomas de depresión, en personas con sin infertilidad	72
4.11 Asociación entre la calidad de vida con los síntomas de ansiedad, en personas con y sin infertilidad	72
4.12 Asociación entre la calidad de vida con los síntomas de estrés, en personas con y sin infertilidad	72
4.13 Asociación entre la estima corporal con la calidad de vida, en personas con y sin infertilidad	72
Discusión	78
Referencias	81
Anexos	86
Anexo 1 Consentimiento informado	86
Anexo 2 Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)	87
Anexo 3 Inventario de Depresión de Beck (IDB)	88
Anexo 4 Escala de Estima Corporal (BES)	90
Anexo 5 SF-36	91

Índice de tablas

Tabla 1: Principales hallazgos de imagen corporal en personas con infertilidad	28
Tabla 2: Principales hallazgos sobre síntomas de ansiedad en personas con infertilidad	33
Tabla 3: Principales hallazgos sobre síntomas de depresión en personas con infertilidad	37
Tabla 4: Principales hallazgos sobre síntomas de estrés en personas con infertilidad	42
Tabla 5: Principales hallazgos sobre calidad de vida en personas con infertilidad	45
Tabla 6: Principales hallazgos sobre el ajuste sexual en personas con infertilidad	48
Tabla 7: Principales instrumentos de medición para evaluar imagen corporal y estima corporal	49
Tabla 8: Principales instrumentos de medición para evaluar ansiedad	52
Tabla 9: Principales instrumentos de medición para evaluar depresión	53
Tabla 10: Principales instrumentos de medición para evaluar ajuste sexual	55
Tabla 11: Principales instrumentos de medición para evaluar calidad de vida	57
Tabla 12: Categorías de nivel de IMC	64
Tabla 13: Comparación de la estima corporal, entre personas con y sin infertilidad	66
Tabla 14: Resultados estadísticos de la Escala de Estima Corporal (BES) en personas con y sin infertilidad	67
Tabla 15: Comparación de los síntomas de depresión, entre personas con y sin infertilidad	68
Tabla 16: Comparación de los síntomas de ansiedad, entre personas con y sin infertilidad	68
Tabla 17: Comparación de los síntomas de estrés, entre personas con y sin infertilidad	69
Tabla 18: Comparación de la calidad de vida entre personas con y sin infertilidad	69
Tabla 19: Asociación entre la estima corporal con los síntomas de depresión en personas con y sin infertilidad	70
Tabla 20: Asociación entre la estima corporal con los síntomas de ansiedad en personas con y sin infertilidad	71
Tabla 21: Asociación entre la estima corporal con los síntomas de estrés en personas con y sin infertilidad	72
Tabla 22: Asociación entre la calidad de vida con los síntomas de depresión en personas con sin infertilidad	74

Tabla 23: Asociación entre la calidad de vida con los síntomas de ansiedad en personas con y sin infertilidad	75
Tabla 24: Asociación entre la calidad con los síntomas de estrés en personas con y sin infertilidad	76
Tabla 25: Asociación entre la estima corporal con la calidad de vida en personas con y sin infertilidad	77

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue investigar si existen diferencias en la estima corporal y el ajuste psicológico entre personas mexicanas con y sin infertilidad.

Se comparó y correlacionó la estima corporal, el ajuste psicológico (depresión, ansiedad y estrés) y la calidad de vida en personas mexicanas con y sin infertilidad. La muestra fue no probabilística e incluyó 16 personas diagnosticadas con infertilidad y 16 personas fértiles, emparejadas por edad. La muestra tuvo un rango de edad de 27 a 45 años ($M = 37.06$; $DE = 4.65$), quienes contestaron cuestionarios de cada una de las variables descritas previamente, cabe mencionar que los participantes firmaron un consentimiento informado para poder participar en la investigación. Los resultados indicaron que existen diferencias en la estima corporal ($t(30) = 2.99$, $p = .006$) ya que las personas infértiles tienen mayor estima que las personas fértiles, por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el ajuste psicológico. Sin embargo, se encontró una diferencia significativa ($t(30) = 2.09$, $p = .047$) en la subescala de salud mental del cuestionario de Calidad de Vida. Al correlacionar los síntomas de depresión con la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, no se encontró asociación entre la estima corporal y los síntomas de depresión, en personas con y sin infertilidad. Por el contrario, al correlacionar la puntuación total del Inventario de Depresión de Beck con la Escala de Estima Corporal y sus subescalas, se encontró una correlación negativa entre la estima corporal y los síntomas de depresión en el grupo de personas con infertilidad, pero no, en el grupo de personas sin infertilidad. No se encontró una asociación significativa entre la estima corporal y los síntomas de ansiedad y estrés, en personas con y sin infertilidad. Al evaluar la calidad de vida con los síntomas de depresión, se encontró una asociación positiva y estadísticamente significativa entre el Inventario de Depresión de Beck y el cuestionario de Calidad de Vida en personas sin infertilidad ($r_p = -0.54$, $p < 0.05$).

Introducción

La estima corporal comprende la percepción, los comportamientos, los pensamientos y los sentimientos hacia el cuerpo. Se refiere a la imagen o representación mental que las personas tienen sobre sus cuerpos, y a la observación de su atractivo estético y sexual (Franzoi y Herzog, 1986).

La alteración en alguno de estos componentes puede originar insatisfacción corporal, la cual afecta tanto a hombres como a mujeres. A su vez la imagen corporal concepto importante ya que es la representación mental que cada persona tiene sobre su cuerpo.

A nuestro saber, sólo un estudio ha evaluado la estima corporal en mujeres con infertilidad, lo que indica la necesidad de realizar más estudios que permitan comprender este fenómeno.

La presente investigación comprende cuatro capítulos. En el primer capítulo se aborda el tema de infertilidad: definición, prevalencia en población mexicana, tipos de infertilidad, las posibles causas que provocan esta condición tanto en las mujeres como en los hombres, los diferentes tipos de tratamientos que existen y las consecuencias de estos.

En el capítulo dos se enfoca en cada una de las definiciones de las variables abordadas en esta investigación, así como una revisión sistemática de la literatura en cuanto a la imagen corporal, la estima corporal y el ajuste psicológico, en personas con infertilidad. Se describe el método utilizado en dicha revisión. Se presentan los principales hallazgos en cada una de las variables mencionadas.

En el tercer capítulo se presenta la metodología de la presente investigación, desde el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, el tipo de estudio que se llevó a cabo, los objetivos, las hipótesis, la descripción de la muestra que participó, la descripción de los instrumentos que se ocuparon en la investigación, el procedimiento y los análisis estadísticos. En lo que respecta al capítulo cuatro, este presenta los principales resultados que se obtuvieron y la conclusión a la que se llegó. Finalmente, se discuten los hallazgos, se presentan las conclusiones y las limitaciones del presente estudio.

Capítulo I

Infertilidad

El padecimiento de la esterilidad tanto masculina como femenina es lo que da la posibilidad de indagar en torno a este tema en cuanto a su cambios, conflictos, modificaciones y alteraciones. Su conocimiento solo es posible mediante investigaciones, para una mayor comprensión y conocimiento. Es necesario que con cada nueva investigación se genere la búsqueda de nuevas variables para ampliar el conocimiento de las causas de cómo afecta el no tener un hijo biológico ya que el sufrimiento por dicha falta es una condición crónica que vulnera la calidad de las relaciones interpersonales, de pareja y sociales. Por lo general, los pacientes que acuden a consulta por primera vez tienen un período de más de dos años en búsqueda de un embarazo, tratadas con medicación o no, para algunos de ellos, un tratamiento de fertilidad es el último recurso para lograr un embarazo, es por eso, que cuando inician un tratamiento, el gasto emocional, la condición de desilusión, dolor y vergüenza se hace presente o se incrementa a partir de esa condición (Carreño, Sánchez y Morales, 2016).

Aunque generalmente se aborda más la infertilidad femenina, pocos estudios han abordado la infertilidad masculina es necesario conocer cómo es que esta también afecta en el aspecto emocional, personal y social.

1.1 Definición

La infertilidad es la incapacidad involuntaria de completar un embarazo después de doce meses de relaciones sexuales sin protección, que, de prolongarse de forma definitiva, se denomina esterilidad. (Fernández, Ríos, Herrera y González, 2002; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

1.2 Prevalencia

La infertilidad es una condición que afecta al 15-20% de las parejas en edad reproductiva. En México, cerca del 10% de las parejas son infértiles, de éstas, 60% de los casos son debidos a factores femeninos, 30% a factores masculinos y 10% a desórdenes de ambos cónyuges (Brugo, Chillik y Kopelman, 2003; Martínez et al, 2012).

1.3 Tipos

En general, se identifican dos tipos de infertilidad, primaria y secundaria. La infertilidad primaria se presenta cuando no existe antecedente de embarazo, en tanto que, en la infertilidad secundaria sí existe un antecedente de embarazo, pero no se logra la gestación (Brugo et al, 2003; Fernández et al., 2002). La infertilidad tiene diferente origen en hombres y mujeres.

1.4 Causas de infertilidad

Las causas de la infertilidad pueden ser múltiples, tanto para mujeres (Brugo et al., 2003), como para hombres (Brugo et al., 2003; Rosas, 2007). Ver Figura 1.

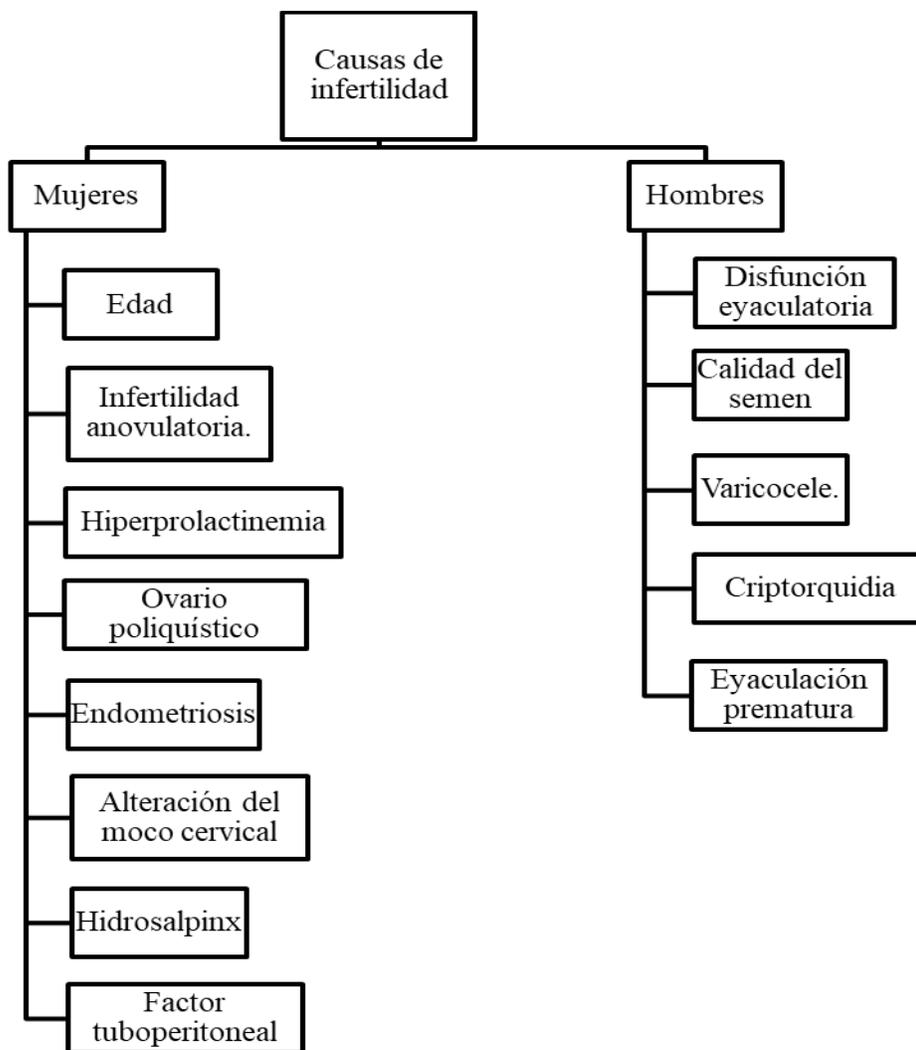


Figura 1. Principales causas de infertilidad en mujeres y hombres. Fuente: Elaboración propia.

En el siguiente apartado, se describen las causas de infertilidad femenina y masculina (Brugo et al., 2003; Rosas, 2007).

1.4.1 Infertilidad femenina

- **Edad.** Es un factor importante debido a que la fertilidad comienza a disminuir a partir de los 35 años, teniendo un mayor índice de probabilidad para desarrollar preclamsia e hipertensión.
- **Infertilidad anovulatoria.** Esta causa de infertilidad se refiere a una condición en la que el desarrollo y la ruptura folicular están alterados, por lo tanto, el ovocito no es liberado del folículo.
- **Hiperprolactinemia.** En ésta, existe una alteración de los pulsos de secreción de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y, con base en las concentraciones de prolactina circulantes, pueden aparecer manifestaciones clínicas tales como una fase lútea inadecuada, anovulación y amenorrea.
- **Ovario poliquístico.** En mujeres que presentan síndrome de ovario poliquístico hay dos alteraciones que siempre están presentes: hiperestrogenismo (aumento de los tejidos estrogénicos) y la anovulación (interrupción espontánea e la ovulación). La aparición de quistes en el ovario de las mujeres con ovario poliquístico es debido a la acumulación de folículos no desarrollados.
- **Endometriosis.** En ésta se producen distorsiones anatómicas que limitan la movilización de las fimbrias y obstruyen las trompas de falopio o causan fimosis.
- **Alteración del moco cervical.** Esta causa de infertilidad se caracteriza por la presencia de anticuerpos antiespermáticos en el moco cervical.

- **Hidrosalpinx.** Ésta se caracteriza por presencia de líquido y otros agentes patógenos en las trompas de Falopio, los cuales conllevan a mayor motilidad espermática.
- **Factor tuboperitoneal.** Se refiere a cuando una o ambas trompas de Falopio están dañadas.

1.4.2 Infertilidad masculina

- **Disfunción eyaculatoria.** Se refiere a la ausencia de la eyaculación.
- **Calidad del semen.** Se considera que la calidad del semen influye mucho a la hora de querer concretar un embarazo, muchas veces esta calidad se ve afectada por factores externos como el abuso del consumo del alcohol y cigarrillo.
- **Varicocele.** Se refiere a la baja concentración de espermatozoides que afecta la función testicular y por consiguiente el semen.
- **Criptorquidia.** Es un problema a nivel genital que afecta principalmente en el momento del nacimiento o poco tiempo después de éste, los testículos no se desplazan al saco de la piel que se encuentra debajo del pene.
- **Eyaculación prematura.** Ésta impide una inseminación vaginal adecuada, puede ser debido a inflamaciones como las que aparecen *en la prostatitis* (inflamación de la próstata que produce el líquido seminal).

1.5 Tratamientos para la infertilidad

Existen tres tipos de tratamientos para la infertilidad: médico, quirúrgico y de reproducción asistida, a continuación, se describe cada uno de los distintos tratamientos (Instituto Mexicano de Seguro Social [IMSS], 2012). Ver Figura 2.

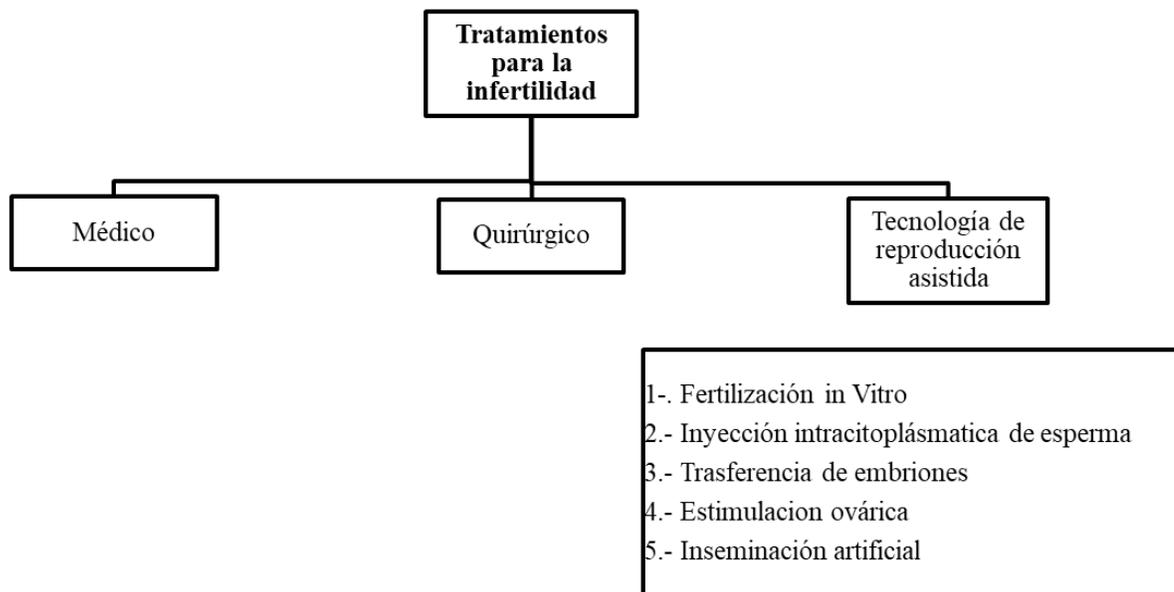


Figura 2. Tratamientos para la infertilidad. Fuente: Elaboración propia.

- **Médico.** Es una técnica que se emplea para estimular el ovario de manera controlada, mediante fármacos, y con ello aumentar la respuesta ovárica, los principales tratamientos son (Sociedad Española de Fertilidad, 2011; Tomas, 2015; Universidad de Valparaíso Chile).
- **Quirúrgico (*laparoscopia*).** Es la exploración de la cavidad abdominal a través de ópticas introducida por orificios en el abdomen y que tiene como finalidad la observación de los órganos abdominales. Este tipo de tratamiento se lleva a cabo mediante incisiones pequeñas a través de una aguja que insufla gas (CO 2) y trocares” (IMSS, 2017, p. 2).
- **Tecnología de reproducción asistida.** Son un conjunto amplio de procedimientos caracterizados por la actuación directa sobre los gametos (ovocitos y/o espermatozoides) con el fin de favorecer la fecundación y la transferencia o depósito de embriones en la cavidad uterina.

- **Fertilización in vitro (FIV).** En esta los espermatozoides se ponen en contacto con los ovocitos en condiciones idóneas para facilitar que la fecundación ocurra espontáneamente.
- **Inyección intracitoplasmática de espermia (ICSI).** Ésta consiste en intervenir aún más activamente sobre el proceso de la fecundación, introduciendo un espermatozoide en el interior de cada ovocito
- **Transferencia de embriones (ET).** Se refiere a la introducción del o los embriones en el útero femenino. La transferencia de embriones se realiza mediante una cánula especial
- **Estimulación ovárica con gonadotropinas exógenas.** Se administran fármacos inyectables que estimulan el desarrollo de múltiples folículos y se controla su crecimiento con ecografías
- **Inseminación artificial.** Es una técnica por la que se deposita semen dentro del útero.

1.6 Consecuencias del tratamiento

La infertilidad tiene importantes consecuencias económicas (Martínez et al, 2012), sociales (Brugo et al, 2003; Gómez, 2011; Greil, Slauson y Mcquillan, 2010) y psicológicas (Cousineau y Domar, 2007). Ver figura 3



Figura 3. Consecuencias del tratamiento. Fuente: Elaboración propia.

- **Consecuencias económicas.** Las consecuencias económicas pueden ser directas o indirectas. Las consecuencias directas incluyen los gastos económicos que las personas realizan por cada consulta o por cada tratamiento al que se someten. Se debe

considerar que el costo varía en función de la clínica en la que se está llevando a cabo el tratamiento. Por su parte, las consecuencias indirectas corresponden a todos los gastos económicos de las personas (Martínez et al, 2012).

- **Consecuencias Sociales.** En el área de la salud reproductiva, los problemas tienden a ser diferentes en cada país. Ya está determinada por el patriarcado, por el grado de dominación masculina y los distintos roles de la maternidad que varían de una sociedad a otra. Si bien el patriarcado puede ser menos llamativo en las sociedades desarrolladas, de ninguna manera es irrelevante para la experiencia de la infertilidad, los hombres sienten que la infertilidad amenaza su masculinidad pudiendo ser objeto de burlas, mientras que las mujeres son compadecidas. En la sociedad donde las funciones de las mujeres están más estrechamente ligadas a tener hijos, es casi una obligación importante dentro del matrimonio donde se define en términos de producción y crianza de hijos, es probable que la infertilidad tenga un mayor impacto negativo en las relaciones, esto implica que la infertilidad tendrá un mayor impacto en las sociedades. Además, la edad es un predominio importante ya que en la actualidad las mujeres que desean quedar embarazadas han disminuido considerablemente en las últimas décadas, debido a que su crecimiento profesional y la participación en diferentes actividades ha llevado a prolongar su decisión de ser madres (Brugo et al, 2003; Gómez, 2011; Greil, Slauson y Mcquillan, 2010).
- **Consecuencias Psicológicas.** El impacto psicológico que la infertilidad es perjudicial en las personas que sufren esta condición ya que puede tener un impacto negativo sobre el desarrollo del individuo, produciendo frustración y debilitando la personalidad, ya que la mayoría de las parejas consideran tener hijos como un objetivo de vida, mientras exista el deseo de un niño, la frustración también existirá. Muchos pacientes describen el período de espera como la parte más angustiada del tratamiento médico donde surgen muchos factores estresantes, como quejas físicas de la terapia hormonal, angustia emocional y cambios en la vida sexual, los pacientes tienden a desarrollar una disfunción sexual severa debido a la angustia y presión, esta separación de sexo orientado a tareas y sexo orientado al placer es reforzada y los

posibles sentimientos subyacentes deben ser discutidos, por ejemplo, la imagen corporal, culpa, vergüenza y sentimientos de fracaso (Cousineau y Domar, 2007).

CAPÍTULO II

Imagen corporal, estima corporal y ajuste psicológico en personas con infertilidad:

Revisión de la literatura

Para poder obtener un panorama más amplio de la revisión de la literatura es necesario definir las principales variables que se abordan en esta investigación como son: la imagen corporal, estima corporal y ajuste psicológico.

2.1 Definición de imagen corporal

La imagen corporal es la representación mental del cuerpo, con respecto a las características físicas (Cash y Lavalley, 1997; Raich, 2000). La imagen corporal es uno de los conceptos psicológicos importantes y que siempre ha sido una preocupación para hombres y mujeres. La imagen corporal es un concepto subjetivo y uno de los conceptos importantes de la autoimagen (Karamidehkordi et al., 2014).

Es importante indagar la concepción que tienen las personas infértiles de sí mismas y como una imagen deteriorada afecta su función sexual y cómo repercute en una inestabilidad psicológica como puede ser la ansiedad, estrés y depresión, así como una inestabilidad social. A continuación, se presenta un análisis de los estudios previos, identificados en la revisión de la literatura.

2.2 Definición de estima corporal

La estima corporal se refiere a la imagen o representación mental que las personas tienen sobre sus cuerpos, y a la observación de su atractivo estético y sexual (Franzoi y Herzog, 1986).

2.3 Definición de ajuste psicológico

El ajuste psicológico está conformado por diferentes respuestas emocionales, en este estudio, el ajuste psicológico estuvo definido por Ansiedad, Depresión y Estrés.

2.3.1 Definición de Ansiedad.

Se refiere a la respuesta emocional, la cual variará según el estímulo que la produzca. La ansiedad suele acompañarse de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo, está asociada a preocupaciones excesivas (Benito, Simón, Sánchez y Matachana, 2011). Es importante indagar la concepción que tienen las personas infértiles de sí mismas y como una imagen deteriorada afecta su función sexual y esta repercute en una inestabilidad psicológica como puede ser la ansiedad, estrés y depresión, así como una inestabilidad social (Kamenetzky et al. 2009).

2.5 Definición de depresión.

La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a ser crónica o recurrente dificultando la esfera social de la persona (OMS, 2018).

2.3.3 Definición de estrés.

Se origina cuando las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de un organismo pudiendo existir cambios biológicos y psicológicos, que a su vez pueden ser causantes de enfermedad (Benito et al., 2011).

2.4 Definición de calidad de vida

Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003).

2.8 Revisión sistemática

Para esta investigación realizó una revisión sistemática de la literatura para describir la imagen corporal, la estima corporal y el ajuste psicológico de las personas con infertilidad. La búsqueda de la información se realizó en la base de datos PubMed y se utilizaron los siguientes términos: *infertility* OR *sterile* OR *infertile* OR *futile* OR *unproductive*, en combinación con *body image* OR *body dissatisfaction* OR *body satisfaction*; *body esteem*; o con *psychological adjustment*, en inglés y español (ver Figura 4). Los términos de búsqueda se limitaron al título, palabras clave y resumen. Los criterios de inclusión fueron: a) artículos publicados en revistas científicas revisadas por pares; b) estudios con muestras de personas con infertilidad; y c) tener una medida cuantitativa de la imagen corporal o ajuste psicológico. Se excluyeron los estudios referentes a temáticas ajenas a la infertilidad, revisiones de la literatura, aquellos relacionados con evaluación de intervenciones, estudios que evaluaran variables ajenas a infertilidad, estudios cualitativos, no estar entre los años 2000 al 2019 y los que no se pudieron localizar.

En la Figura 4, se puede visualizar los resultados al realizar la búsqueda de las variables, en total se encontraron 125 artículos, de los cuales solo 101 contaban con las características necesarias para poder integrarlos a la investigación, al apegarnos a los criterios de elegibilidad solo se integraron 45, sin embargo, al excluir los estudios que no se apegaban a nuestros criterios de integración, sólo se eligieron 21 artículos para el sustento teórico de esta investigación.

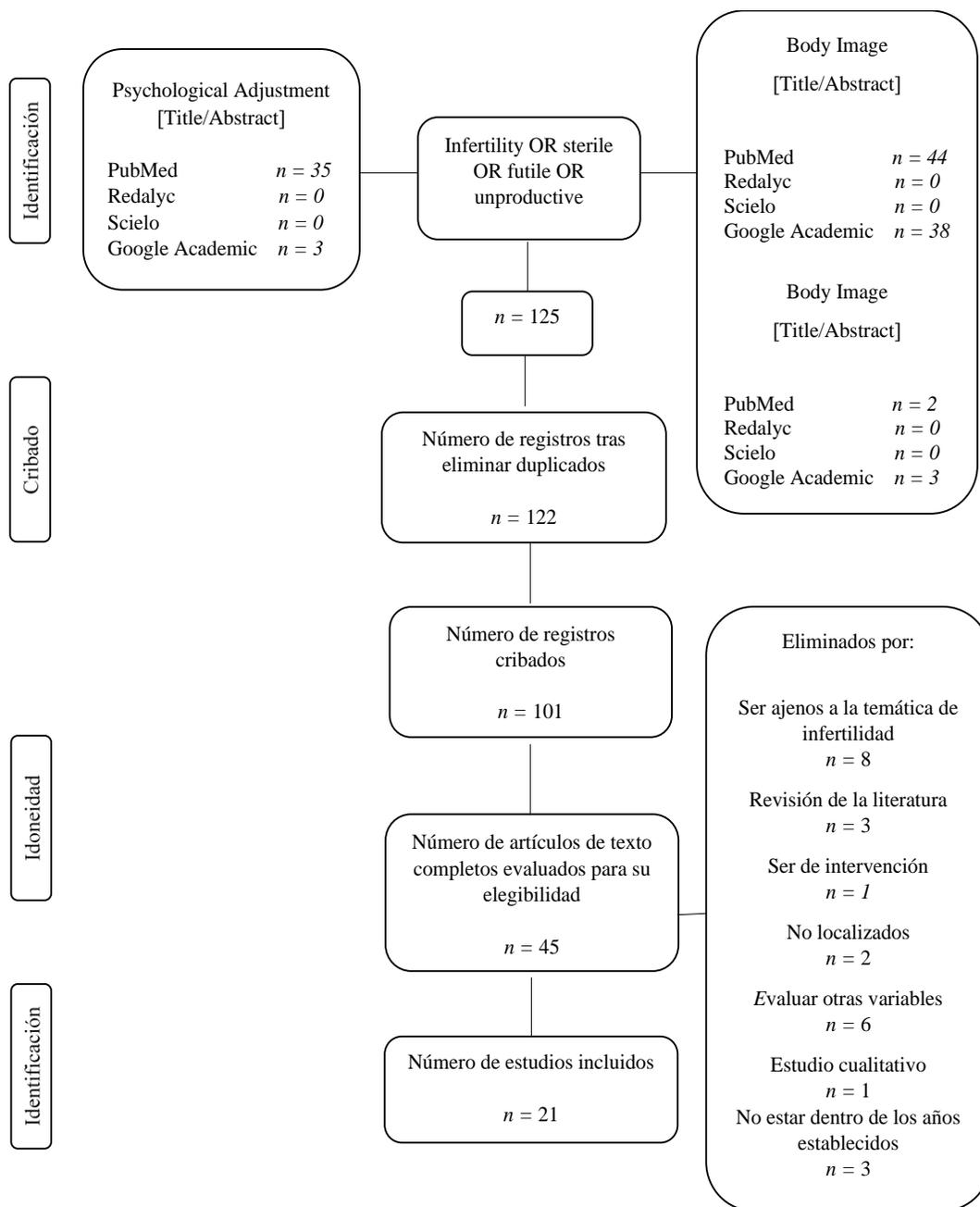


Figura 4. Diagrama de flujo de los artículos revisados

2.6 Características metodológicas de los estudios

2.6.1 Países donde se han realizado los estudios.

Más de la mitad de los estudios revisados (54.5%) han sido desarrollados en Europa, poco más de la tercera parte en Asia (40.9%) y sólo 9.1% en América del Norte,

específicamente Estados Unidos (Himelein y Thatcher, 2006; Mindes, Ingram, Kliewer y James, 2003). Como puede observarse, no existen estudios realizados en nuestro contexto.

2.6.2 Características de los participantes.

En cuanto al sexo, más de la mitad de los estudios han estado dirigidos únicamente en mujeres (Akyuz, Seven, Devran y Demiralp, 2010; Alvez, 2013; Bazargarnipour et al., 2013; Bruneau et al., 2017; Chan, Lau, Tam, y Ng, 2016; Facchin et al., 2017; Himelein y Thatcher, 2006; Karamidehkordi y Roudsari, 2014; Mindes, Ingram, Kliewer, y James, 2003; Ozen et al., 2019; Prathibha, Manjula y Padmini, 2018), tres en hombres (Akhondi et al., 2011; Bártolo et al., 2016; Dhillon, Cumming, Cumming, 2000), el resto ha considerado a muestras de ambos sexos (Awtani, Mathur, Shah y Banker, 2018; Cserepes, y Bugan, 2015; Galhardo, Moura-Ramos, Cunha, y Pinto-Gouveia, 2015; Kim, Shin, y Yun, 2016; Namavar et al, 2018; Pinto-Gouveia, Galhardo, Cunha, y Matos, 2012; Ramírez-Uclés, Del Castillo-Aparicio, y Moreno-Rosset, 2015; Samani, Vesali, Navid, Vakiliniya, y Mohammadi, 2017;). Referente a la edad de los participantes, oscilan entre los 35 años de edad.

2.7 Principales hallazgos sobre imagen corporal en personas con infertilidad.

En cuanto la imagen corporal, estudios realizados con mujeres infértiles señalan que las mujeres con irregularidades menstruales tienen mayor insatisfacción corporal. Además, las mujeres con puntajes de índice de masa corporal más altos poseen una satisfacción corporal más pobre (Bazargarnipour, et al., 2013). Por otra parte, las mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP) muestra una percepción más pobre de su imagen y dan una mayor importancia a su aspecto físico (Himelein et al., 2006). Se demostró que la actividad sexual, es significativamente más baja (Ozen et al., 20019). Siendo así que esto se asocia negativamente con los tratamientos, edad y tiempo de infertilidad (Alves, 2013). Sin embargo, las mujeres que tienen una relación marital estable tienen una imagen corporal más positiva (Karamidehkordi et al., 2014).

En cuanto a los hombres con infertilidad se perciben menos sanos que los varones sin infertilidad, ya que estos se perciben con un cuerpo físico más sano (Akhondi et al., 2011). La Tabla 1 sintetiza los principales hallazgos sobre estudios que han investigado la imagen corporal en personas con infertilidad.

Tabla 1.

Principales hallazgos de imagen corporal en personas con infertilidad.

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales Hallazgos
Himelein (2006) Estados Unidos	Confirmar los hallazgos de estudios anteriores que sugieren un vínculo entre SOP y depresión. Comparar la imagen corporal (con SOP fértiles, mujeres con fertilidad y muestra comunitaria). Investigar la relación entre la imagen corporal y la depresión.	140 M	Preguntas sobre ovario poliquístico e infertilidad Índice de masa corporal (autorreportado) MBSRQ	65% de las mujeres con SOP tenían infertilidad. Las mujeres con SOP tienen una percepción más pobre de su imagen y dieron más importancia a su aspecto físico que las mujeres del grupo de control de conveniencia.
Akhondi (2011). Irán	Estudiar la percepción corporal en hombres infértiles.	240 HI 120 HF	MBSRQ	Los hombres infértiles se sentían menos satisfechos con su imagen corporal y sentían que eran más menos atractivos físicamente. No hubo diferencias en la preocupación sobre el peso.

Continúa...

Tabla 1.

Principales hallazgos de imagen corporal en personas con infertilidad (*continuación*).

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales Hallazgos
Karamidehkordi (2014). Irán	Estudiar la imagen corporal en mujeres infértiles y su relación con su función sexual y el ajuste conyugal.	130 M	Younesi Body Image Questionnaire. Cuestionario de imagen corporal de Younesi.	La correlación entre la imagen corporal y las subescalas de función sexual en mujeres infértiles mostraron que había una correlación directa entre la imagen corporal y la subescala de excitación sexual.
Bazarganipour (2013). Irán	Estudiar si las características SOP (síndrome del ovario poliquístico) están asociadas con varios aspectos del bienestar psicológico, la autoestima y la satisfacción corporal.	300 M	BICI	Las mujeres con irregularidades menstruales tuvieron una mayor insatisfacción corporal. Las mujeres con puntajes de índice de masa corporal más altos tuvieron una satisfacción corporal más pobre.
Alves (2013) Portugal	Conocer el impacto de la infertilidad en la calidad de vida de las mujeres, particularmente cómo estas mujeres experimentan su cuerpo y sus efectos en la imagen corporal.	70 M	BIS	La insatisfacción corporal se asocia negativamente con los tratamientos, edad y tiempo de infertilidad

Continúa...

Tabla 1.

Principales hallazgos de imagen corporal en personas con infertilidad (*continuación*).

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales Hallazgos
Ozen, (2019). Turquía	Comparar la percepción de la imagen corporal entre mujeres infértiles y mujeres altamente fértiles.	126 M	BIS	La imagen corporal se ve afectada negativamente por la infertilidad, especialmente en sociedades donde se espera y se aprecia tener muchos hijos.

Notas: H = Hombre; M = Mujer; Ajuste diádico = Relación de pareja; H F = Hombres fértiles; H I = Hombres infértiles; MBSRQ = Cuestionario de Autorrelaciones Corporales Multidimensionales[Multidimensional Body Self Relations Questionnaire]; BICI = Inventario de preocupación por la imagen corporal[Body Image Concern Inventory]; BIS = Escala de Imagen Corporal[Body Image Scal]; SOP = Síndrome de Ovario Poliquístico; IMC = Índice de Masa Corporal.

2.8 Estima corporal en personas con infertilidad.

En una investigación realizada en Italia tuvo por objetivo conocer ¿qué factores afectan la salud mental de las mujeres con endometriosis? La muestra estuvo constituida por 210 mujeres diagnosticadas con endometriosis con una edad media de 36.7 (DE = 7.0), quienes respondieron: Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de Estima Corporal, Escala de Autoeficacia Emocional y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. El análisis de resultados indicó que la endometriosis tiene un impacto negativo en la salud mental, ya que a menudo se asocia con: depresión y trastornos de ansiedad. Además, una mala salud mental se relaciona con baja autoestima y baja autoeficacia emocional. También se encontró una correlación negativa significativa entre la escala de estima corporal y la salud mental (Facchin et al., 2017).

2.9 Ajuste psicológico

2.9.1 Principales hallazgos sobre ansiedad en personas con infertilidad

En la mayoría de las sociedades, especialmente en los países en desarrollo, la maternidad todavía se considera como algo natural, esencial, y parte central de la vida. Por lo tanto, el no poder concebir espontáneamente a menudo provoca una gran presión y estrés para las parejas involucradas, sin embargo, la infertilidad abarca una serie de pérdidas significativas para la pareja e incluso para la familia, cuando hay pérdida en un embarazo se complica por los traumas físicos y psicológicos asociado con fallas de tratamiento aumentando los niveles de ansiedad, enojo y frustración. Diversos estudios han encontrado que hasta el 50% de las mujeres infértiles, especificaron que la infertilidad era el problema más desafiante en sus vidas donde se puede generar un tema de desajuste emocional (Ramírez et al., 2015). Siendo así que la ansiedad se identificó como un factor predictivo de la motilidad de los espermatozoides en los hombres (Bártolo, 2016). En las mujeres, la causa más importante de los altos niveles de ansiedad es conocer su infertilidad ya que representa la pérdida de la maternidad y la continuidad genética. Cabe resaltar que un tratamiento fallido aumenta los niveles de ansiedad de las pacientes (Chan et al., 2016).

Por otra parte, en los maridos en comparación de las esposas, la ansiedad difiere, así como el estrés, el estudio recomienda realizar sesiones de asesoramiento psicológico durante la reproducción (Samani et al., 2017).

Un último estudio encontró que la ansiedad puede ir de la mano con el Trastorno de Alimentación, demostrando que el puntaje global de ansiedad fue significativamente mayor en el grupo de TA (trastorno alimentario) que en el grupo sin TA (Bruneau et al, 2017).

La Tabla 2 sintetiza los principales hallazgos sobre estudios que han investigado la ansiedad en personas con infertilidad.

Tabla 2.

Principales hallazgos sobre ansiedad en personas con infertilidad

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales hallazgos
Ramírez-Uclés (2015). España	Determinar si las variables ansiedad-estado, ansiedad-rasgo, afecto positivo, afecto negativo, alexitimia y recursos adaptativos (personales e interpersonales) pueden predecir el desajuste emocional en personas infértiles, analizando el posible papel modulador del sexo en dicho desajuste.	51 H 50 M	STAI	Para los hombres, existen correlaciones positivas entre el desajuste emocional y la ansiedad. En cuanto a las mujeres, se encontraron correlaciones positivas entre el desajuste emocional, la ansiedad y la alexitimia.
Chan (2016). China	¿Cuál es la relación entre el conflicto decisional, el arrepentimiento decisional y el bienestar psicológico de las mujeres después de los infructuosos ciclos de FIV?	151 M	HAD	Aproximadamente un tercio de los participantes experimentó síntomas de ansiedad durante los 3 meses posteriores a la información sobre su tratamiento fallido.
Samani (2017). Irán	Evaluar la esperanza, la depresión, la ansiedad y el estrés en tres grupos de parejas infértiles.	60 H 60 M	DASS	La ansiedad difirió entre mujeres y hombres

Continúa...

Tabla 2.

Principales hallazgos sobre ansiedad en personas con infertilidad (*continuación*)

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales hallazgos
Bártolo (2016). Portugal	Analizar el impacto de los síntomas depresivos, la ansiedad, el ajuste diádico y el estrés por infertilidad en la calidad de los espermatozoides de los hombres propuestos para el tratamiento antirretroviral o la experiencia repetida.	112 H	STAI-Y	La ansiedad se identificó como un factor predictivo de la motilidad progresiva lenta de los espermatozoides en los hombres propuestos al primer tratamiento.
Dhillon (2000). Italia	Examinar el estado de ánimo, incluido el enojo, el estrés de la vida, la autoestima, la relación con el cónyuge y los estilos de afrontamiento, en hombres fértiles y en hombres cuyas parejas estaban sufriendo IUI por infertilidad inexplicable o infertilidad masculina.	90 H	STAI- Y	No hubo diferencias significativas entre las parejas fértiles y las parejas con infertilidad.

Continúa...

Tabla 2.

Principales hallazgos sobre ansiedad en personas con infertilidad (*continuación*)

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales hallazgos
Bruneau (2017). Francia	Evaluar la prevalencia de TA en mujeres que buscan tratamiento para la infertilidad y caracterizar mejor su perfil clínico	60 M	HAD	El puntaje global de ansiedad fue significativamente mayor en el grupo de TA que en el grupo sin TA.

Notas: H = Hombre; M = Mujer; STAI = Inventario de Ansiedad por Rasgos de Estado [State-Trait Anxiety Inventory]; HAD = Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital; DASS = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [Depression, Anxiety, and Stress Scale]; STAI-Y = Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo [State-Trait Anxiety Inventory Form Y]; IUI = Inseminación Intrauterina y TA = Trastornos Alimentarios

2.9.2 Principales hallazgos sobre depresión en personas con infertilidad

En lo referente a la depresión, estudios realizados con parejas fértiles e infértiles señalan que existen diferencias, ya que las parejas que no pueden tener hijos tienen mayores síntomas de depresión. Además, los hombres con infertilidad tienen mayor sentimiento de derrota y le dan mayor importancia a la paternidad, en comparación de los hombres fértiles (Samani et al., 2017). Estos estudios son contradictorios ya que la sintomatología depresiva es mayor en mujeres con infertilidad. (Kim et al., 2016). Asimismo, las parejas infértiles que perciben una mala relación matrimonial puntúan más alto en depresión, que aquellas que perciben una buena relación de pareja (Chan et al., 2016). En general, las investigaciones coinciden en que, tanto hombres como mujeres con infertilidad, presentan sintomatología depresiva (Akyuz et al, 2010; Cserepes et al., 2015; Galhardo et al., 2015; Pinto-Gouveia et al., 2012). La Tabla 3 sintetiza los principales hallazgos sobre estudios que han investigado los síntomas de depresión en personas con infertilidad.

Tabla 3.

Principales hallazgos sobre síntomas de depresión en personas con infertilidad.

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales hallazgos
Himelein, (2006). Estados Unidos	Confirmar los hallazgos de anteriores estudios que sugieren un vínculo entre SOP y depresión. La relación entre la imagen corporal y la depresión en la muestra, así como en cada uno de los tres grupos.	140 M	BDI	Las mujeres con SOP informaron significativamente más síntomas depresivos, que las mujeres en los grupos de control de infertilidad o conveniencia.
Akyuz (2010). Turquía	Evaluar los síntomas depresivos posparto en mujeres que habían sido tratadas exitosamente por infertilidad primaria	156 M	BDI	Sí existen diferencias entre las mujeres fértiles e infértiles, con respecto al nivel de síntomas depresivos. Las mujeres fértiles pueden mostrar mayores síntomas de depresión.
Kim (2016). Corea del Sur	Examinar el nivel de estrés por infertilidad, ajuste conyugal, depresión y calidad de vida en parejas infértiles.	121 H 121 M	BDI	Las esposas infértiles reportaron niveles más altos de depresión por infertilidad, que los esposos con infertilidad.
Samani, (2017). Irán	Evaluar la esperanza, la depresión, la ansiedad y el estrés en tres grupos de parejas infértiles.	60 H 60 M	DASS	La distribución de la depresión es significativamente diferente en los hombres que en las mujeres.

Continúa...

Tabla 3.Principales hallazgos sobre síntomas de depresión en personas con infertilidad (*continuación*)

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales hallazgos
Bártolo, (2016). Portugal	Analizar el impacto de los síntomas depresivos, la ansiedad, el ajuste diádico y el estrés por infertilidad en la calidad de los espermatozoides de los hombres propuestos para el tratamiento antirretroviral o la experiencia repetida.	112 H	BDI	Los síntomas depresivos se identificaron como variables supresoras, lo que refuerza el efecto del estado de ansiedad como predictor en la motilidad.
Galhardo, (2015). Portugal	¿La percepción de fracaso sin una solución o camino hacia adelante de las parejas infértiles tiene un papel mediador entre la importancia que las parejas atribuyen a la paternidad y los síntomas depresivos?	147 H 147 M	BDI	Las mujeres informaron niveles significativamente más altos de depresión, mayor atrapamiento y derrota y mayor importancia de la maternidad.
Cserepes (2015). Hungría	Examinar la prevalencia del síndrome depresivo y la gravedad de la depresión y la infertilidad	126 H 126 M	BDI	En las mujeres, hubo síntomas más leves de depresión, que en los hombres. Los hombres informaron más preocupaciones sexuales cuando la pareja tenía un nivel leve de depresión.

Continúa...

Tabla 3.

Principales hallazgos sobre síntomas de depresión en personas con infertilidad (*continuación*)

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales hallazgos
Pinto-Gouveia (2012). Portugal	El objetivo de este estudio es identificar algunos de los procesos psicológicos que pueden contribuir a una mejor adaptación al diagnóstico y tratamiento de infertilidad	100 H 100 M	BDI	El grupo infértil presentó puntuaciones más altas en los síntomas depresivos.
Mindes, (2003). Estados Unidos	Investigar las posibles consecuencias de las interacciones sociales específicas de infertilidad, que una mujer podría recibir de otras personas con respecto a su problema de fertilidad.	123 M	CES-D	Hubo relación entre las interacciones sociales sin apoyo y la depresión. La escala de interacciones sociales sin apoyo representó el 13% de la varianza en los síntomas depresivos.
Dhillon, (2000). Italia	Examinar el estado de ánimo, incluido el enojo, el estrés de la vida, la autoestima, la relación con el cónyuge y los estilos de afrontamiento, en hombres fértiles y en hombres cuyas parejas estaban sufriendo IUI por infertilidad inexplicable o infertilidad masculina.	90 H	IPAT	No hubo diferencias significativas entre los grupos.

Continúa...

Tabla 3.

Principales hallazgos sobre síntomas de depresión en personas con infertilidad (*continuación*)

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales hallazgos
Bruneau, (2017). Francia	Evaluar la prevalencia de TA en mujeres que buscan tratamiento para la infertilidad y caracterizar mejor su perfil clínico.	60 M	HAD	No hubo diferencias significativas entre los grupos.

Notas: H = Hombre; M = Mujer; DASS = Escala de depresión, Ansiedad y Estrés [Depression, Anxiety, and Stress Scale]; BDI= Inventario de Depresión de Beck [Beck Depression Inventory]; CES-D = Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; IPAT = Escala de depresión del Instituto de Pruebas de Personalidad y Habilidad; HAD = Escala de ansiedad y Depresión Hospitalaria; TA = Trastornos Alimentarios; IUI = Inseminación Intrauterina.

2.9.3 Principales hallazgos sobre estrés en personas con infertilidad.

En lo referente al estrés, estudios realizados en parejas identifican que el estrés difiere significativamente entre esposos y esposas (Samani et al., 2017), ya que las mujeres presentan mayor estrés, depresión, y niveles más bajos en su calidad de vida (Kim et al., 2016). Las mujeres con depresión leve a moderada experimentan niveles más altos de estrés en su relación marital mientras los hombres con depresión están más estresados por la necesidad de ser padres que los hombres que no tenían síntomas depresivos (Cserepes et al., 2015), así mismo se puede generar mayor estrés cuando se están llevando a cabo un tratamiento (Bártolo et al., 2016), ya que este se relaciona con la preocupación social, sexual y el rechazo del estilo de vida libre de niños, independientemente del método de tratamiento de infertilidad en el que participaron (Awtani et al., 2018). La Tabla 4 sintetiza los principales hallazgos sobre estudios que han investigado los síntomas de estrés en personas con infertilidad.

Tabla 4.

Principales hallazgos sobre síntomas de estrés en personas con infertilidad

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales hallazgos
Awtani, (2018). India	Evaluar el estrés relacionado con la infertilidad en las parejas que se sometieron a tratamientos IUI y IVF.	120 H 120 M	FPI	La prevalencia del estrés global fue muy alta en las parejas sometidas a tratamientos con IUI y FIV. El estrés relacionado con la infertilidad relacionado con la preocupación social, preocupación sexual y el rechazo del estilo de vida libre de niños fue mayor para las esposas.
Kim, (2016). Corea del Sur	Examinar el nivel de estrés por infertilidad, ajuste conyugal, depresión y calidad de vida en parejas infértiles.	121 H 121 M	FPI	Las esposas reportaron niveles más altos de estrés por infertilidad.
Samani, (2017). Irán	Evaluar la esperanza, la depresión, la ansiedad y el estrés en tres grupos de parejas infértiles.	60 H 60 M	DASS	Los síntomas de estrés difirieron significativamente en los hombres con respecto a las mujeres.

Continúa...

Tabla 4.Principales hallazgos sobre síntomas de estrés en personas con infertilidad (*continuación*)

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales hallazgos
Bártolo, (2016). Portugal	Analizar el impacto de los síntomas depresivos, la ansiedad, el ajuste diádico y el estrés por infertilidad en la calidad de los espermatozoides de los hombres propuestos para el tratamiento antirretroviral o la experiencia repetida.	112 H	FPI	El estrés asociado con la infertilidad mostró que los hombres tienen mayor índice cuando están en un tratamiento de infertilidad.
Galhardo, (20015). Portugal	¿La percepción de fracaso sin una solución o camino hacia adelante de las parejas infértiles tiene un papel mediador entre la importancia que las parejas atribuyen a la paternidad y los síntomas depresivos?	147 H 147 M	FPI	La importancia de la paternidad no tiene un efecto directo sobre los síntomas depresivos de hombres y mujeres infértiles, sino un efecto indirecto, al afectar la percepción de haber fallado y no poder resolverlo.
Cserepes, (2015). Hungria	Examinar la prevalencia del síndrome depresivo y la gravedad de la depresión y la infertilidad	126 H 126 M	FPI	Las mujeres con depresión leve a moderada experimentaron niveles significativamente más altos de estrés.

Notas: H = Hombre; M = Mujer; IUI = Inseminación Intrauterina; IVF = Fertilización In Vitro; FPI = Inventario de Problemas de Fertilidad [Fertility Problem Inventory]; DASS = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [Depression, Anxiety, and Stress Scale].

2.10 Principales hallazgos sobre la calidad de vida en personas con infertilidad

En estudios realizados en parejas con infertilidad se encontró que, cuando se tiene una mala calidad de vida suele ser debido a cuestiones como el costo de los tratamientos, el nivel económico y apoyo emocional de la pareja (Namavar et al., 2018). Las mujeres con infertilidad son más probables a tener una calidad de vida más baja (Kim et al., 2016), si la relación marital se ve afectada por disfunciones emocionales y sexuales o una mayor fatiga física (Prathibha et al., 2018).

La calidad de vida se asociada negativamente con la insatisfacción corporal debido a que esta va de la mano con la calidad de los tratamientos y el Índice de Masa Corporal (Alves, 2013), por ello las mujeres pueden llegar a desarrollar un trastorno alimentario afectando aún más su calidad de vida particularmente con respecto a los puntajes emocionales y corporales (Bruneau et al., 2017). La Tabla 5 sintetiza los principales hallazgos sobre estudios que han investigado la calidad de vida en personas con infertilidad.

Tabla 5.

Principales hallazgos sobre calidad de vida en personas con infertilidad

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales hallazgos
Chan (2016). China	¿Cuál es la relación entre el conflicto decisional, el arrepentimiento decisional y el bienestar psicológico de las mujeres después de los infructuosos ciclos de FIV?	151 M	FRQOL	El conflicto decisional se relacionó con niveles más altos de ansiedad y depresión, así como con niveles más bajos de calidad de vida. El arrepentimiento decisivo se asoció simultáneamente con la depresión y la calidad de vida específica del tratamiento.
Namavar (2018). Irán	Evaluar la CV y sus factores asociados entre parejas infértiles.	201 H 201 M	FRQOL	Los participantes con menor duración de la infertilidad obtuvieron puntuaciones de calidad de vida significativamente mayores.
Prathibha (2018). India	Evaluar el funcionamiento sexual y su relación la calidad de vida en mujeres con infertilidad	30 M	WHOQOL- BREF	Los problemas en la vida social el funcionamiento y la fatiga física se informaron más en mujeres con infertilidad.

Continúa...

Tabla 5.

Principales hallazgos sobre calidad de vida en personas con infertilidad (*continuación*)

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales hallazgos
Kim (2016). Corea del Sur	Examinar el nivel de estrés por infertilidad, ajuste conyugal, depresión y calidad de vida en parejas infértiles	121 H 121 M	FRQOL	La CV de mujeres infértiles era significativamente más baja que la CV de sus esposos.
Bruneau (2017). Francia	Evaluar la prevalencia de TA en mujeres que buscan tratamiento para la infertilidad y caracterizar mejor su perfil clínico	60 M	FRQOL	El puntaje de calidad de vida fue más bajo en mujeres que padecen trastorno alimentario, y más particularmente con respecto a los puntajes "emocionales" y "mente / cuerpo"
Alves (2013). Portugal	Conocer el impacto de la infertilidad en la calidad de vida de las mujeres, particularmente cómo estas mujeres experimentan su cuerpo y sus efectos en la imagen corporal.	70 M	FRQOL	La calidad de vida está asociada negativamente con la insatisfacción corporal

Notas: H = Hombre; M = Mujer; FIV = Fertilización In Vitro; CV = Calidad de Vida; TA = Trastornos Alimentarios; FRQOL = Calidad de vida relacionada con la fertilidad [fertility-related quality of life]; WHOQOL-BREF = La escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud [The World Health Organization Quality of Life Scale–BREFversion].

2.11 Definición de ajuste sexual

Ajuste: Se adoptó la definición substancialista de Schneiders (1955), que considera el ajuste como una cualidad del comportamiento, que acompaña al desarrollo y estructuración de la personalidad. Es un proceso "mediante el cual el individuo se esfuerza por afrontar de un modo satisfactorio las necesidades interiores, las tensiones, frustraciones y conflictos, y por alcanzar un cierto grado de armonía entre esas necesidades interiores y las exigencias que le son impuestas por el medio en que vive". Sexual: se define como capacidad de atracción, de entrega y de convergencia (citado de Vélez, 1977).

2.11.1 Principales hallazgos sobre el ajuste sexual en personas con infertilidad

Las parejas con infertilidad pueden mostrarse indiferentes, ya que puede llegar a presentarse una autoimagen inadecuada, cuando esto pasa el placer sexual pasa a un segundo plano debido a que la angustia de no quedar embarazados es mayor; incluso, algunas parejas suelen mantener relaciones sexuales para satisfacer a sus parejas, aunque no exista un deseo sexual (Karamidehkordi et al., 2014; Prathibha et al, 2018). La Tabla 6 sintetiza los principales hallazgos sobre estudios que han investigado el ajuste sexual en personas con infertilidad. Las Tablas 7, 8, 9, 10 y 11 sintetizan los principales instrumentos de medición para imagen y estima corporal, ansiedad, depresión, ajuste sexual y calidad de vida, respectivamente

Tabla 6.

Principales hallazgos sobre el ajuste sexual en personas con infertilidad

Estudio	Objetivo	Muestra	Instrumento	Principales hallazgos
Prathibha (2018) India	Evaluar el funcionamiento sexual y su relación la calidad de vida en mujeres con infertilidad	30 M	FSFI SDBQ	La mitad de las mujeres tenían problemas con el funcionamiento sexual., mujeres con una autoimagen inadecuada se encontraron bajos puntajes en lubricación
Karamidehkordi (2014). Irán	Estudiar la imagen corporal en mujeres infértiles y su relación con su función sexual y el ajuste conyugal.	130 M	FSFI	Las mujeres infértiles mostraron que había una correlación directa entre la imagen corporal y la subescala de excitación sexual.

Notas: H = Hombre; M = Mujer; FSF = Inventario de funcionamiento sexual femenino [Female SexualFunctioning Inventory]; SDBQ = Cuestionario de Creencias Disfuncionales Sexuales-Femenino [Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire–Female]; FSFI = FSFI Índice de función sexual femenina de Rosen [Rosen Female Sexual FunctionIndex]; RDAS= Escala de ajuste dinámico revisada [Revised Dyadic Adjustment Scale].

Tabla 7.

Principales instrumentos de medición para evaluar imagen corporal y estima corporal.

Instrumento	¿Qué evalúa?	Adaptado para población mexicana
Cuestionario multidimensional de relaciones personales del cuerpo (MBSRQ)	Es un cuestionario tipo Likert que consta de 69 reactivos el cual evalúa el nivel de satisfacción e insatisfacción de la imagen corporal.	Adaptación para población masculina mexicana (Velázquez et al, 2014).
Escala de Imagen Corporal (BIS)	Es una escala que consta de 40 elementos el cual determina la satisfacción de la persona de las partes o funciones corporales diferentes. El tipo de medición es Likert de cinco puntos (1 = me gusta, 2 = me gusta bastante, 3 = no estoy seguro, 4 = no me gusta ' me gusta, 5 = no me gusta en absoluto). La expresión más positiva es 1 punto, mientras que la expresión más negativa es 5.	No hay adaptación para población mexicana

Continúa...

Tabla 7.

Principales instrumentos de medición para evaluar imagen corporal y estima corporal (*Continuación*)

Instrumento	¿Qué evalúa?	Adaptado para población mexicana
Escala de Imagen Corporal (BIS)	Es una escala que consta de 10 ítems el cual evalúa las dimensiones afectivas, conductuales y cognitivas de la imagen corporal. Este cuestionario es una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 0 (nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente) y 3 (mucho). La puntuación más alta muestra una insatisfacción con la imagen corporal	No hay adaptación para población mexicana
Inventario de preocupación por la imagen corporal (BICI)	Contiene 19 elementos relacionados con la insatisfacción y la preocupación por la apariencia, la búsqueda de tranquilidad, las preocupaciones sociales y la evitación relacionada con la apariencia. El tipo de medición de la es escala tipo Likert anclada en 1 = " nunca " y 5 = " siempre ". Las puntuaciones más altas indican una mayor insatisfacción del cuerpo.	No hay adaptación para población mexicana

Continúa...

Tabla 7.

Principales instrumentos de medición para evaluar imagen corporal y estima corporal (*Continuación*)

Instrumento	¿Qué evalúa?	Adaptado para población mexicana
Cuestionario de imagen corporal de Younesi	Mide dimensiones de imagen corporal. Está conformado por 66 reactivos en la cual se divide por 6 subescalas El cuerpo durante la actividad y cuando está solo El cuerpo real El cuerpo ideal El cuerpo como la gente ve y conoce El cuerpo tal como es reconocido por el cónyuge El cuerpo tal como es conocido por la familia del cónyuge	No hay adaptación para población mexicana
Escala de estima corporal (BES)	Incluye 14 ítems divididos en tres subescalas Peso Apariencia Atribución	No hay adaptación para población mexicana

Notas: MBSRQ = Multidimensional Body SelfRelations Questionnaire; BIS = Body Image Scale; BICI = Body Image Concern Inventory; BES Body Esteem Scale.

Tabla 8.

Principales instrumentos de medición para evaluar ansiedad.

Instrumento	¿Qué evalúa?	Adaptado para población mexicana
Inventario de rasgos de estado de ansiedad (STAI).	Consiste en dos escalas, ansiedad de estado y ansiedad rasgo, con 40 ítems, 20 elementos para cada escala que describe respectivamente-cómo el sujeto se siente en un momento dado y cómo se siente en general.	Adaptado para población mexicana (Guillen-Riquelme et al, 2015)
Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HAD)	Consta de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una: ansiedad (reactivos impares) y depresión (reactivos pares). Las opciones de respuesta son tipo Likert, las cuales se puntúan del cero (mínima presencia) al tres (máxima presencia), dando un puntaje mínimo de cero y máximo de 21 para cada subescala.	Adaptado para población mexicana con diagnósticos variados (Barriguet et al, 2017; Galindo et al, 2015; Guillen-Díaz-Barriga et al, 2018).
Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS)	Es una evaluación la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde de acuerdo con la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos. Cada escala tiene siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos.	Adaptado para población mexicana (Gurrola et al, 2006)

Notas: STAI = State-Trait Anxiety Inventory; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; DASS = Depression, Anxiety, and Stress Scale.

Tabla 9.

Principales instrumentos de medición para evaluar depresión.

Instrumento	¿Qué evalúa?	Adaptado para población mexicana
Inventario de Depresión del Beck	Evalúa la severidad de los síntomas de la depresión. Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas. Contiene 21 afirmaciones que van de 0 (ausencia de síntomas depresivos) a 3 (depresión severa).	Adaptado para población mexicana (Jurado et al, 1998).
Inventario de Depresión del Beck II	El Inventario de depresión de Beck-Segunda edición es una medida de depresión de 21 ítems, que se revisó para incluir los síntomas de depresión del DSM-IV, que son equivalentes a los síntomas del DSM-V, y diferentes síntomas cognitivos de la depresión. Las personas pueden clasificar sus respuestas a los ítems en una escala de 0-3.	Adaptado para población mexicana (Andrés et al, 2015).
Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS)	Es una evaluación la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde de acuerdo con la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos. Cada escala tiene siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos.	Adaptado para población mexicana (Gurrola et al, 2006)

Continúa...

Tabla 9.

Principales instrumentos de medición para evaluar depresión (*continuación*)

Instrumento	¿Qué evalúa?	Adaptado para población mexicana
Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD)	Consta de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una: ansiedad (reactivos impares) y depresión (reactivos pares). Las opciones de respuesta son tipo Likert, las cuales se puntúan del cero (mínima presencia) al tres (máxima presencia), dando un puntaje mínimo de cero y máximo de 21 para cada subescala.	Adaptado para población mexicana con diagnósticos variados (Barriguet et al, 2017; Galindo et al, 2015; Guillen-Díaz-Barriga et al, 2018).
Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977)	Evalúa el nivel actual de sintomatología depresiva. Además de proporcionar una clasificación categórica, es sensible al grado de severidad del síntoma y discrimina entre pacientes clínicos y subclínicos. Es de breve y fácil aplicación, mediante entrevista o auto informe. Evalúa 20 síntomas.	Adaptado para población mexicana (Mariño et al, 1993).
Escala de depresión del Instituto de Pruebas de Personalidad y Habilidad (IPAT)	Es un cuestionario de 40 ítems para uso en diagnóstico clínico e investigación sobre depresión.	No se encuentra adaptación para población mexicana.

Notas: HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; DASS = Depression, Anxiety, and Stress Scale.

Tabla 10.

Principales instrumentos de medición para evaluar el ajuste sexual.

Instrumento	¿Qué evalúa?	Adaptado para población mexicana
Escala de ajuste diádico (DAS)	Es una escala tipo Likert de 32 reactivos, Se compone de cuatro factores relacionados: Consenso sobre asuntos de importancia para el funcionamiento de la pareja Satisfacción Cohesión Expresión de cariño. Cuanto mayor se puntea mayor es el ajuste.	Adaptado para población mexicana (Moral, 2009).
Inventario de funcionamiento sexual femenino (FSFI)	Es una breve medida de autoinforme; aborda de manera multidimensional la función sexual femenina. Seis dominios de la función sexual son deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor/incomodidad. Una puntuación más alta indica un mayor funcionamiento sexual.	No se encuentra adaptación para población mexicana.

Continúa...

Tabla 10.

Principales instrumentos de medición para evaluar el ajuste sexual (*continuación*).

Instrumento	¿Qué evalúa?	Adaptado para población mexicana
Cuestionario de Creencias Disfuncionales Sexuales-Femenino (SDBQ)	Consta de 40 ítems. Presenta versiones masculinas y femeninas que evalúan creencias específicas relacionadas con el género. Los seis dominios de la escala son el conservadurismo sexual, el deseo sexual y el placer como un pecado, las creencias relacionadas con la edad, creencias de la imagen corporal, primacía del afecto y primacía de la maternidad.	No se encuentra adaptación para población mexicana.

Notas: DAS = Dyadic Adjustment Scale; FSFI = Female SexualFunctioning Inventory; SDBQ = Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire–Female.

Tabla 11.

Principales instrumentos de medición para evaluar la calidad de vida.

Instrumento	¿Qué evalúa?	Adaptado para población mexicana
Calidad de vida relacionada con la fertilidad (FRQOL)	Consta de 36 ítems. Evalúa las influencias de los problemas de fertilidad en diversas áreas de la vida, por ejemplo, en la autoestima, las emociones, las relaciones generales de salud (dos elementos generales), el apoyo a la vida familiar y social, el trabajo y los planes futuros. Además, surgen preguntas opcionales para comprender el manejo emocional de los tratamientos de fertilidad.	No se encuentra adaptación para población mexicana.
La escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la salud (WHOQOL-BREF).	Consta de 26 ítems que constituyen cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Incluye un artículo cada uno sobre la calidad de vida general y sobre la salud general. Cada artículo está calificado en una escala de 5 puntos. Cuanto mayor sea el puntaje, mejor será la calidad de vida	Adaptado para población mexicana (Lopez et al, 2016)

Notas: FRQOL = fertility-related quality of life; WHOQOL-BREF = The World Health Organization Quality of Life Scale–BREF.

CAPÍTULO III.

Método

3.1 Planteamiento del problema

La infertilidad es definida como la incapacidad de concebir un embarazo después de doce meses de relaciones sexuales sin protección (Fernández et al, 2002; OMS, 2018). Existe evidencia de que la infertilidad puede tener un impacto negativo en la imagen corporal, el ajuste sexual y la calidad de vida de las personas.

La mayoría de los estudios sobre imagen corporal y ajuste psicológico en personas con infertilidad se han desarrollado en los continentes Europeo (Akyuz et al, 2010; Alves, 2013; Bartolo et al, 2016; Bruneau et al, 2017; Cserepes et al, 2015; Dhillon et al, 2000; Galhardo et al, 2015; Ozen et al, 2019; Pinto-Gouveia et al, 2012 y Ramírez-Uclés et al, 2015) y Asiático (Akhondi et al, 2011; Awtani et al, 2018; Bazarganipour et al, 2013; Chan et al, 2016; Karamidehkordi et al, 2014; Kim et al, 2016; Navar et al., 2018; Prathibha et al, 2018 y Samani et al, 2017). A nuestro saber, en el continente Americano solo hay dos estudios y se han realizado en Estados Unidos (Himelein et al, 2006; Mindes et al, 2003), lo que señala la necesidad de realizar investigaciones en nuestro contexto, con la finalidad de profundizar en el conocimiento de este fenómeno. Además, sólo un estudio ha investigado sobre la estima corporal en personas con intertilidad (Facchin et al., 2017), lo que indica la necesidad de realizar más estudios que permitan comprender este fenómeno.

En cuanto a los principales hallazgos se han encontrado que hasta el 50% de las mujeres infértiles, especificaron que la infertilidad era el problema más desafiante en sus vidas, donde se puede generar un tema de desajuste emocional (Ramírez et al., 2015). Al respecto, la ansiedad se identificó como un factor predictivo de la motilidad de los espermatozoides en los hombres (Bártolo, 2016). En las mujeres, la causa más importante de los altos niveles de ansiedad es conocer su infertilidad ya que representa la pérdida de la maternidad y la continuidad genética. Cabe resaltar que un tratamiento fallido aumenta los niveles de ansiedad de las pacientes (Chan et al., 2016).

En lo referente a la depresión, estudios realizados con parejas fértiles e infértiles señalan que existen diferencias, ya que las parejas que no pueden tener hijos tienen mayores síntomas de depresión. Además, los hombres con infertilidad tienen mayor sentimiento de

derrota y le dan mayor importancia a la paternidad, en comparación de los hombres fértiles (Samani et al., 2017).

Estos estudios son contradictorios ya que la sintomatología depresiva es mayor en mujeres con infertilidad. (Kim et al., 2016). Asimismo, las parejas infértiles que perciben una mala relación matrimonial puntúan más alto en depresión, que aquellas que perciben una buena relación de pareja (Chan et al., 2016). En general, las investigaciones coinciden en que, tanto hombres como mujeres con infertilidad, presentan sintomatología depresiva (Akyuz et al, 2010; Cserepes et al., 2015; Galhardo et al., 2015; Pinto-Gouveia et al., 2012).

Finalmente, la mayoría de los estudios se ha enfocado a caracterizar la insatisfacción corporal (Akhondi et al., 2011; Bazarganipour, et al., 2013; Himelein et al., 2006; Karamidehkordi et al., 2014 y Ozen et al., 20019) y solo un estudio ha considerado la estima corporal (Facchin et al., 2017).

A partir de lo anterior, surge la interrogante ¿existen diferencias en la estima corporal y el ajuste psicológico entre personas mexicanas, con y sin infertilidad?

3.2 Tipo de estudio y diseño

Se realizó una investigación no experimental, con un diseño transversal y un alcance descriptivo. Este tipo de investigaciones se caracterizan por la ausencia de variables manipuladas deliberadamente, la recolección de los datos se realiza en un solo momento a través del tiempo y su propósito está orientado a la descripción de variables, especificando las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

3.3 Objetivo General

Investigar si existen diferencias en la estima corporal y el ajuste psicológico entre personas mexicanas con y sin infertilidad.

3.3.1 Objetivos Específicos

1. Investigar si existen diferencias en la estima corporal, entre personas con y sin infertilidad.

2. Investigar si existen diferencias entre los síntomas de depresión, entre personas con y sin infertilidad.
3. Investigar si existen diferencias en ansiedad, entre personas con y sin infertilidad.
4. Investigar si existen diferencias en el estrés, entre personas con y sin infertilidad.
5. Investigar si existen diferencias en la calidad de vida, entre personas con y sin infertilidad.
6. Investigar la asociación entre la estima corporal con los síntomas de depresión, en personas con y sin infertilidad.
7. Investigar la asociación entre la estima corporal con los síntomas de ansiedad, en personas con y sin infertilidad.
8. Investigar la asociación entre la estima corporal con los síntomas de estrés, en personas con y sin infertilidad.
9. Investigar la asociación entre la calidad de vida con los síntomas de depresión, en personas con y sin infertilidad
10. Investigar la asociación entre la calidad de vida con los síntomas de ansiedad, en personas con y sin infertilidad
11. Investigar la asociación entre la calidad de vida con los síntomas de estrés, en personas con y sin infertilidad
12. Investigar la asociación entre la estima corporal con la calidad de vida, en personas con y sin infertilidad.

3.4 Hipótesis

H_i Con base a lo encontrado en la investigación por Facchin, et al (2017), hipotetizamos que las personas con infertilidad tendrán menor estima corporal, en comparación con las personas sin infertilidad.

H_i En congruencia con lo encontrado por Akhondi (2011), se hipotetizo que se encontrará una asociación negativa entre la estima corporal y los síntomas de depresión, en personas con y sin infertilidad.

H_i De acuerdo con Chan (2016) y lo encontrado en su estudio construimos la hipótesis que las personas con infertilidad tendrán mayor síntoma de ansiedad, en comparación con las personas sin infertilidad.

H_i La investigación realizada por Awtani (2018) nos hizo crear la hipótesis donde las personas con infertilidad tendrán mayor síntoma de estrés, en comparación con las personas sin infertilidad.

H_i Investigaciones previas han identificado (Namavar, 2018) que las personas con infertilidad tendrán una mala calidad de vida, en comparación con las personas sin infertilidad.

H_i Es necesario resolver la hipótesis si se encontrará una asociación negativa entre la estima corporal y los síntomas de ansiedad, en personas con y sin infertilidad, de acuerdo con lo que encontró Ramírez-Uclés (2015).

H_i Estudios previos han encontrado que la personas con infertilidad presentan mayores síntomas de estrés cuando se encuentran en tratamiento de infertilidad Bartolo et al. (2016). Por tanto, en el presente estudio se hipotetizo una asociación negativa entre la estima corporal y los síntomas de estrés, en personas con y sin infertilidad.

H_i La investigación realizada por Alves (2013) muestra como resultados que la calidad de vida puede asociarse negativamente con la insatisfacción corporal. Por ello se generó la hipótesis, que se encontrará una asociación negativa entre la estima corporal y la calidad de vida, en personas con y sin infertilidad.

H_i En congruencia encontrado por Chan et al. (2016), se hipotesitizo encontrará una asociación negativa entre la calidad de vida y los síntomas de depresión y ansiedad, en personas con y sin infertilidad.

H_i De acuerdo con la investigación realizada por Kim et al. (2016), se encontrará una asociación negativa entre la calidad de vida con los síntomas de estrés, en personas con y sin infertilidad.

3.5 Participantes

Participó una muestra de tipo intencional, conformada 32 personas (20 mujeres y 12 hombres), con un rango de edad de 27 a 45 años ($M = 37.06$, $DE = 4.58$). Los participantes fueron clasificados en dos grupos: con infertilidad ($n = 16$) y sin infertilidad ($n = 16$),

emparejados por edad. Criterios de inclusión: el grupo de infertilidad debía estar en un tratamiento de infertilidad. Asimismo, para el grupo sin infertilidad, los participantes debían tener al menos un hijo y cumplir con las mismas características en cuanto edad y sexo, de los participantes del primer grupo. En ambos casos, los participantes debían aceptar participar en el estudio y responder los instrumentos en su totalidad.

3.6 Instrumentos de medición

3.6.1 Escala de Estima Corporal (Body Esteem Scale [BES]; Franzoi y Shields, 1984)

La BES es un instrumento de 35 ítems tipo Likert, con cinco opciones de respuesta (donde 1 = tengo sentimientos fuertemente negativos a 5 = tengo sentimientos fuertemente positivos) que miden la apreciación por las partes y funciones del cuerpo. En México, fue validado por Escoto et al. (2016), quienes identificaron que la escala tiene dos subescalas, tanto para hombres como para mujeres: 1) Atractivo Físico y Sexual (AFyS) y, 2) Condición Física y Preocupación por el Peso (CCyPP). En el caso de las mujeres, la escala comprende 33 ítems ($\alpha_{\text{Total}} = .91$; $\alpha_{\text{AFyS}} = .86$; $\alpha_{\text{CCyPP}} = .88$) y, en los hombres, 31 ítems ($\alpha_{\text{Total}} = .94$; $\alpha_{\text{AFyS}} = .64$; $\alpha_{\text{CCyPP}} = .55$). Asimismo, la BES cuenta con adecuada estabilidad test-retest, tanto para mujeres ($r = .68$) como para hombres ($r = .62$). Mayores puntuaciones indican mayor estima corporal. En este estudio, se encontró alto índice de confiabilidad tanto para hombres ($\alpha = .98$) como para mujeres ($\alpha = .96$).

3.6.2 Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Scale of Depression, Anxiety & Stress DASS-21; Livibond y Livibond, 1995).

La DASS-21 es una escala de autoinforme, con 21 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (donde 0 = no se aplica en nada a mí y 3 = se aplica mucho a mí la mayor parte del tiempo), que evalúan la presencia de afectos negativos de depresión, ansiedad y estrés. La DASS-21 fue validada en México por Gurrola, Balcázar, Bonilla y Virseda (2006), quienes identificaron que la escala tiene adecuado nivel de confiabilidad ($\alpha = .81$) y una estructura de tres factores: ansiedad, depresión, estrés ($\alpha = .86, .79$ y $.76$, respectivamente). Mayores puntuaciones indican mayor presencia de afectos negativos de

depresión, ansiedad y estrés. En este estudio, se encontró alto índice de confiabilidad tanto para cada escala ($\alpha = .89, .85$ y $.82$, respectivamente).

3.6.3 Test SF- 36

Es un instrumento que evalúa la calidad de vida en población adulta la cual ha sido adaptada en varios países. En México se realizó la adaptación por Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek y Medina (1999), dicha escala consta de 36 ítems en la cual está dividido en ocho escalas (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, viabilidad, función social, rol emocional y salud mental), por cada escala la respuesta se recodifica. Esta escala obtuvo una consistencia interna con un rango de $\alpha = .56$ a $.84$. En este estudio, se encontró índice de confiabilidad ($\alpha = .57$).

3.6.4 Inventario de Beck (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

El inventario de Depresión de Beck es una escala mide la severidad de los síntomas de depresión. Es un instrumento de tipo Likert que consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta, en donde puntuaciones altas indican mayor sintomatología. En México fue validado por Jurado et. al. (1998) quienes obtuvieron que las puntuaciones entre 0 y 9 indican depresión mínima, puntuaciones de 10 a 16 equivale a depresión leve, de 17 a 29 depresión moderada y de 30 a 63 depresión severa. Dicha escala consta de 3 factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. Los autores obtuvieron un índice de confiabilidad de ($\alpha = .87$). En este estudio, se encontró índice de confiabilidad ($\alpha = .88$).

3.6.5 Índice de Masa Corporal (IMC)

Según la OMS (2020), el índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). En la Tabla 12 se muestran las categorías del IMC.

Tabla 12.

Categorías de nivel de IMC.

IMC	Clasificación
Por debajo de 18.4	Bajo peso
18.5 – 24.9	Peso normal
25.0 – 29.9	Sobrepeso
30.0 o más	Obesidad

Notas: IMC = Índice de Masa Corporal

Fuente: Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Nutrición, Actividad Física, y Obesidad (2015).

3.7 Procedimiento

Para realizar esta investigación se contactó con una institución que ofrece servicios de tratamiento para personas con infertilidad, a fin de presentar el protocolo de la investigación. Una vez obtenido el permiso para aplicar, se acudió a las instalaciones, en el horario acordado, para contactar a las personas que asistían a su tratamiento de fertilidad, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación y se les invitó a participar en el estudio. Una vez obtenido el consentimiento informado, los participantes respondieron los instrumentos. Una vez recabada la muestra de personas con infertilidad, se buscó a personas que tuvieran al menos un hijo y que pudiesen ser emparejadas en cuanto edad y sexo, con las personas del primer grupo. Una vez obtenido el consentimiento informado, los participantes respondieron los instrumentos. En ambos casos, La aplicación se realizó de manera individual y duró, aproximadamente, 30 minutos por persona. Finalmente, los datos fueron capturados para realizar el análisis estadístico.

3.8 Análisis estadístico

Para comparar el Índice de Masa Corporal (IMC) por grupos, la estima corporal, el ajuste psicológico y la calidad de vida entre los grupos, se utilizó la *t* student. Para obtener la relación entre estima corporal, el ajuste psicológico y la calidad de vida, se utilizó la correlación de Pearson. Todos los análisis se realizaron con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, 24 para Windows).

CAPÍTULO IV.

Resultados

4.1 Descripción de la muestra

Participaron 32 personas (16 con infertilidad y 16 sin infertilidad) con un rango de edad de 27 a 45 años, con una edad promedio de 37.06 ($DE = 4.65$). En cuanto al sexo, la muestra estuvo conformada por 62.5% de mujeres ($n = 20$) y el resto de los hombres. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el IMC ($t(19.40) = 2.33, p = .03$), entre ambos grupos. Las personas con fertilidad tuvieron mayor IMC ($M = 30.26, DE = 5.81$) que las personas sin infertilidad ($M = 26.63, DE = 2.25$). La mayoría de los participantes (91%) se encontraba en una relación de pareja. Finalmente, en cuanto a la escolaridad, la mayoría de los participantes concluyó sus estudios de preparatoria (ver Figura 5).

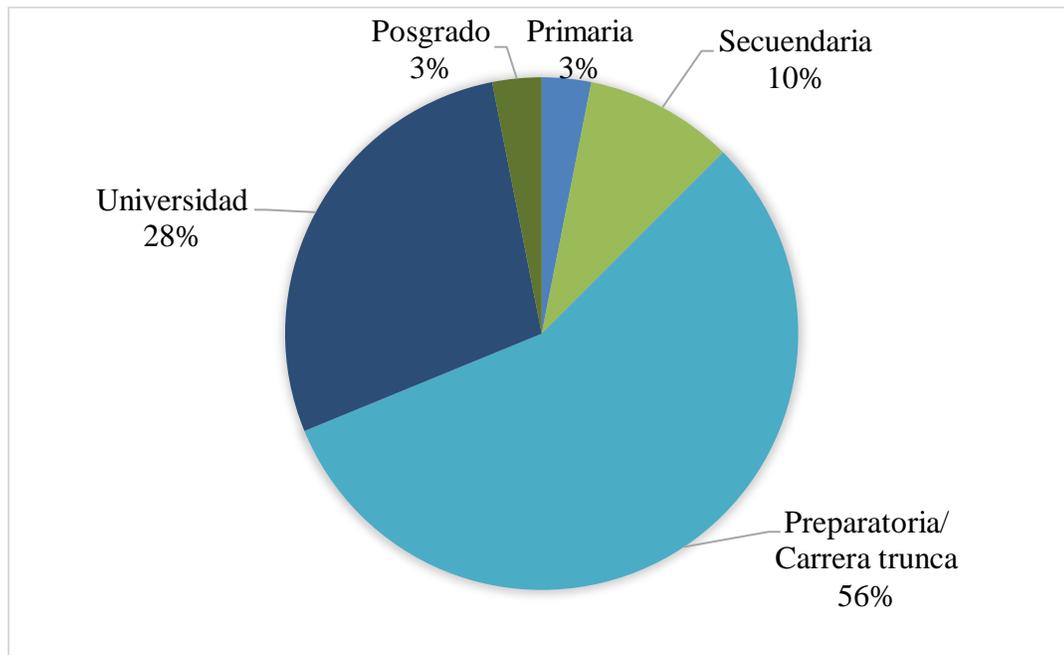


Figura 5. Nivel de escolaridad concluido.

4.2 Comparación de la estima corporal, entre personas con y sin infertilidad

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la estima corporal, entre personas con y sin infertilidad ($t(30) = 2.99, p = .006$). Las personas con infertilidad tienen más estima corporal, que las personas sin infertilidad (ver Tabla 13).

Tabla 13.

Comparación de la estima corporal, entre personas con y sin infertilidad.

	Con infertilidad		Sin fertilidad		$t(30)$	p
	M	DE	M	DE		
Total BES	4.05	0.69	3.30	0.72	2.99	.006
AFyPP	4.16	0.69	3.37	0.70	3.18	.003
CFyPP	3.93	0.73	3.17	0.92	2.59	.015

Notas: BES = Escala de Estima Corporal; AFyS = Atractivo Físico y Sexual; CFyPP= Condición Física y Preocupación por el Peso.

Específicamente, las personas con infertilidad aprecian más su olor corporal, nariz, reflejos, labios, nivel de energía, orejas, barbilla, estructura corporal, coordinación física, agilidad, anchura de hombros, aspecto de los ojos, mejillas, deseo sexual, pies, genitales y condición física (ver Tabla 14).

Tabla 14.

Resultados estadísticos de la Escala de Estima Corporal (BES) en personas con y sin infertilidad.

Ítems de la BES	Con infertilidad		Sin fertilidad		<i>t</i> (30)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
1. Olor corporal	4.19	1.16	3.31	.94	2.33	.027
2. Apetito	4.00	.96	3.56	.81	1.39	.177
3. Nariz	4.44	.81	3.44	.72	3.66	.001
4. Resistencia física	3.81	1.32	3.19	1.22	1.39	.18
5. Reflejos	4.44	.89	3.31	1.26	2.93	.007
6. Labios	4.50	.817	3.44	1.10	3.11	.004
7. Fuerza muscular	3.76	1.07	3.13	1.15	1.60	.12
8. Cintura	3.70	1.01	3.26	1.30	1.07	.296
9. Nivel de energía	4.26	.86	2.89	1.46	3.26	.003
10. Muslos	4.00	1.10	3.44	1.27	1.34	.19
11. Orejas	4.31	.95	3.57	.96	2.22	.034
12. Bíceps	3.76	1.12	3.26	1.12	1.26	.21
13. Barbilla	4.13	1.09	1.13	1.21	2.47	.02
14. Estructura corporal	4.13	1.09	3.06	.99	2.88	.007
15. Coordinación física	3.94	.93	2.81	1.22	2.93	.007
16. Nalgas	4.13	.958	3.39	1.46	1.72	.097
17. Agilidad	4.39	.720	2.94	1.44	3.59	.002
18. Anchura de hombros	4.25	1.06	3.44	1.15	2.07	.04
19. Brazos	4.20	1.11	3.44	1.09	1.93	.06
20. Pecho/pectorales	4.00	.97	3.39	.86	1.91	.06
21. Aspecto de ojos	4.76	.44	3.76	.93	3.87	.001
22. Mejillas	4.44	.73	3.44	1.09	3.04	.005
23. Cadera	4.13	1.02	3.70	.94	1.26	.219
24. Piernas	3.70	1.13	3.50	.97	.502	.619
25. Figura o apariencia	3.89	1.09	3.25	1.00	1.70	.10
26. Deseo sexual	4.20	.91	3.44	1.09	2.10	.04
27. Pies	4.20	1.10	3.26	.85	2.68	.012
28. Genitales	4.26	.85	3.07	1.06	3.49	.002
29. Aspecto del abdomen	3.39	1.41	1.13	1.02	.57	.57
30. Salud	3.95	1.23	3.67	.96	.96	.35
31. Actividades sexuales	3.95	1.12	3.38	.885	1.58	.13
32. Vello corporal	3.57	1.41	3.50	1.03	.14	.88
33. Condición física	3.95	1.06	2.95	1.18	2.51	.01
34. Cara	3.81	1.22	3.44	1.09	.91	.37
35. Peso	3.38	1.08	2.89	1.08	1.30	.20

Notas: BES = Escala de Estima Corporal; *M* = Media; *DE* = desviación estándar.

4.3 Comparación los síntomas de depresión, entre personas con y sin infertilidad

No se encontraron diferencias significativas en los síntomas de depresión del instrumento DASS-21 ($t(30) = .34, p = .735$) en el inventario de Beck ($t(30) = .23, p = .818$) en las personas con y sin infertilidad (ver tabla 15)

Tabla 15.

Comparación de los síntomas de depresión, entre personas con y sin infertilidad.

	Con infertilidad		Sin fertilidad		<i>t</i> (30)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Total Beck	12	9.6	12.7	6.9	.23	.818
D DASS-21	6.7	4.9	7.3	5.4	.34	.735

Notas: DASS-21= Escala de Ansiedad, depresión y Estrés; M = Media; DE = Desviación Estándar.

4.4 Comparación los síntomas de ansiedad, entre personas con y sin infertilidad

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la ansiedad ($t(30) = .504, p = .618$) en las personas con y sin infertilidad (ver tabla 16)

Tabla 16.

Comparación de los síntomas de ansiedad, entre personas con y sin infertilidad.

	Con infertilidad		Sin fertilidad		<i>t</i> (30)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
A DASS-21	5.8	5.3	6.8	5.3	.504	.618

Notas: DASS-21= Escala de Ansiedad, depresión y Estrés; M = Media; DE = Desviación Estándar.

4.5 Comparación entre síntomas de estrés, entre personas con y sin infertilidad

No se encontraron diferencias ($t(30) = .074, p = .942$) en el nivel de estrés, entre personas con y sin infertilidad (ver tabla 17).

Tabla 17.

Comparación de los síntomas de estrés, entre personas con y sin infertilidad.

	Con infertilidad		Sin fertilidad		<i>t</i> (30)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
E DASS-21	7.6	4.5	7.7	5.1	.074	.942

Notas: DASS-21= Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés; M = Media; DE = Desviación Estándar.

4.6 Comparar de la calidad de vida entre personas con y sin infertilidad

Se encontró una diferencia significativa ($t(30) = 2.09$, $p = .047$) en la subescala de salud mental, las personas sin infertilidad tienen mejor salud mental. En cuanto a las demás subescalas no se encontraron diferencias significativas (ver Tabla 18)

Tabla 18.

Comparación de la calidad de vida entre personas con y sin infertilidad.

	Con infertilidad		Sin fertilidad		<i>t</i> (30)	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Total SF-36	94.88	8.66	96.44	9.87	.47	.638
Función Física	24.88	4.5	23.13	5.05	1.03	.309
Rol Físico	6.63	1.2	6.5	.89	.33	.741
Dolor Corporal	4.2	1.05	4.06	1.73	2.47	.807
Salud General	15.44	2.85	15.00	3.01	.422	.676
Vitalidad	13.44	2.03	14.7	3.2	1.313	.201
Función Social	6.25	.58	6.25	1.44	.00	1.000
Rol Emocional	4.88	1.14	4.94	.85	.175	.863
Salud Mental	16.63	4.4	19.31	2.7	2.09	.047

Notas: SF-36= Cuestionario de Salud de Calidad de Vida; M = Media; DE = Desviación Estándar.

4.7 Asociación entre la estima corporal con los síntomas de depresión, en personas con y sin infertilidad

Al evaluar los síntomas de depresión con la escala de la DASS-21, no se encontró asociación entre la estima corporal y los síntomas de depresión, en personas con y sin infertilidad (ver Tabla 19). Por el contrario, al correlacionar la puntuación total del IDB con la BES y sus subescalas, se encontró una correlación negativa entre la estima corporal y los síntomas de depresión en el grupo de personas con infertilidad, pero no, en el grupo de personas sin infertilidad (ver Tabla 19).

Tabla 19.

Asociación entre la estima corporal con los síntomas de depresión, en personas con y sin infertilidad.

	Total BES	AFyS	CFyPP	D DASS- 21	IDB
	<i>r</i> (p)	<i>r</i> (p)	<i>r</i> (p)	<i>r</i> (p)	<i>r</i> (p)
Total BES		.98 (.0001)	.97 (.0001)	-.17 (.52)	-.64 (.008)
AFyS	.94 (.0001)		.92 (.0001)	-.21 (.45)	-.64 (.008)
CFyPP	.91 (.0001)	.73 (.001)		-.14 (.59)	-.66(.006)
D DASS-21	-.25 (.35)	-.29 (.26)	-.15 (.59)		.57 (.02)
IDB	-.36 (.17)	-.43 (.10)	-.26 (.33)	.36 (.17)	

Notas: Arriba de la diagonal se representan los resultados para las personas con infertilidad. Debajo de la diagonal se representan los resultados para las personas sin infertilidad; BES= Escala de Estima Corporal; AFyS = Atractivo Físico y Sexual; CFyPP= Condición Física y Preocupación por el Peso; DASS-21= Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; IDB= Inventario de Depresión de Beck.

4.8 Asociación entre la estima corporal con los síntomas de ansiedad, en personas con y sin infertilidad

No se encontró una asociación significativa entre la estima corporal y los síntomas de ansiedad, en personas con y sin infertilidad (ver Tabla 20).

Tabla 20.

Asociación entre la estima corporal con los síntomas de ansiedad, en personas con y sin infertilidad.

	Total BES	AFyS	CFyPP	A DASS-21
	<i>r</i> (p)	<i>r</i> (p)	<i>r</i> (p)	<i>r</i> (p)
Total BES		.98 (.0001)	.97 (.0001)	-.13 (.642)
AFyS	.94 (.0001)		.92 (.0001)	-1.15 (.585)
CFyPP	.91 (.0001)	.73 (.001)		-.074 (.787)
A DASS-21	-.18 (.516)	-.19 (.469)	-.13 (.644)	

Notas: Arriba de la diagonal se representan los resultados para las personas con infertilidad. Debajo de la diagonal se representan los resultados para las personas sin infertilidad; BES= Escala de Estima Corporal; AFyS = Atractivo Físico y Sexual; CFyPP= Condición Física y Preocupación por el Peso; DASS-21= Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; IDB= Inventario de Depresión de Beck.

4.9 Asociación entre la estima corporal con los síntomas de estrés, en personas con y sin infertilidad

No se encontró una asociación significativa entre la estima corporal y los síntomas de estrés, en personas con y sin infertilidad (ver Tabla 21).

Tabla 21.

Asociación entre la estima corporal con estrés, en personas con y sin infertilidad.

	Total BES	AFyS	CFyPP	E DASS-21
	<i>r</i> (p)	<i>r</i> (p)	<i>r</i> (p)	<i>r</i> (p)
Total BES		.98 (.0001)	.97 (.0001)	-.33 (.215)
AFyS	.94 (.0001)		.92 (.0001)	-.37 (.163)
CFyPP	.91 (.0001)	.73 (.001)		-.27(.302)
E DASS-21	-.39 (.141)	-.38 (.152)	-.33 (.209)	

Notas: Arriba de la diagonal se representan los resultados para las personas con infertilidad. Debajo de la diagonal se representan los resultados para las personas sin infertilidad; BES = Escala de Estima Corporal; AFyS = Atractivo Físico y Sexual; CFyPP = Condición Física y Preocupación por el Peso; DASS-21 = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; IDB = Inventario de Depresión de Beck.

4.10 Asociación entre la calidad de vida con los síntomas de depresión, en personas con y sin infertilidad

Al evaluar la calidad de vida con los síntomas de depresión, se encontró una asociación positiva y estadísticamente significativa entre el IDB y la escala SF-36 en personas sin infertilidad ($r_p = -0.54$, $p < 0.05$). Además, al correlacionar la puntuación de la subescala de Función Física del SF-36, con el IDB, se encontró una correlación positiva ($r_p = -0.57$, $p < 0.05$) en el grupo de personas sin infertilidad y una asociación de la subescala de Dolor Corporal con la subescala de depresión del DASS-21 ($r_p = -0.68$, $p < 0.05$) (ver Tabla 22).

4.11 Asociación entre la calidad de vida con los síntomas de ansiedad, en personas con y sin infertilidad

No se encontró una asociación significativa entre la calidad de vida y los síntomas de ansiedad, en personas con y sin infertilidad (ver Tabla 23).

4.12 Asociación entre la calidad de vida con los síntomas de estrés, en personas con y sin infertilidad

Se encontró una asociación positiva y estadísticamente significativa, ($r_p = 0.52$, $p < 0.05$), entre el puntaje de la subescala de dolor corporal del SF-36 y los síntomas de estrés del DASS-21, en el grupo de personas sin infertilidad. Asimismo, al correlacionar la

subescala de vitalidad y los síntomas de estrés se demostró una asociación positiva y estadísticamente significativa ($r_p = 0.63$, $p < 0.05$), en el grupo sin infertilidad (ver Tabla 24)

4.13 Asociación entre la estima corporal con la calidad de vida, en personas con y sin infertilidad

Al evaluar la estima corporal con la calidad de vida, no se encontró asociación, en personas con y sin infertilidad. Por el contrario, al correlacionar la puntuación de la subescala de Atractivo Físico y Sexual (AFyS), con las subescalas de dolor corporal del SF-36, se encontró una correlación negativa ($r_p = -0.49$, $p < 0.05$) en el grupo de personas sin infertilidad (ver Tabla 25).

Tabla 22.

Asociación entre la calidad de vida con los síntomas de depresión, en personas con sin infertilidad

	Total SF-36	FFis	RFis	DCo	SG	V	FSo	RE	SM	D DASS-21	Total Beck
	<i>r</i> (p)										
Total SF-36		.72(.002)	.39(.133)	-.12(.652)	.15(.577)	.57(.021)	-.15(.571)	.09(.715)	.72(.002)	.01(.957)	-.02(.953)
FFis	.61(.012)		.38(.141)	-.29(.273)	.08(.761)	.07(.791)	-.45(.081)	.23(.393)	.34(.199)	.16(.546)	-.14(.609)
RFis	-.48(.060)	-.56(.024)		-.05(.865)	-.36(.175)	.01(.716)	-.05(.860)	-.04(.894)	.33(.219)	-.19(.483)	-.26(.333)
DCo	-.07(.791)	-.51(.042)	-.02(.937)		.17(.525)	-.26(.330)	.03(.919)	-.81(.0001)	-.04(.878)	-.14(.598)	.05(.865)
SG	.82(.0001)	.35(.188)	-.10(.715)	-.03(.925)		-.17(.521)	.33(.206)	.08(.771)	-.42(.102)	.02(.942)	-.15(.578)
V	.71(.002)	.10(.710)	-.48(.063)	.27(.318)	.44(.088)		.01(.958)	.14(.607)	.61(.012)	-.23(.389)	.10(.707)
FSo	-.02(.935)	-.12(.672)	.21(.441)	-.22(.411)	-.08(.742)	-.08(.760)		.15(.577)	-.25(.349)	-.14(.619)	-.26(.324)
RE	.21(.437)	.03(.904)	-.13(.629)	.003(.992)	.39(.137)	.09(.742)	-.42(.104)		-.17(.531)	.08(.782)	-.10(.706)
SM	.78(.0001)	.40(.122)	-.37(.155)	-.32(.230)	.55(.028)	.66(.005)	.13(.623)	.15(.570)		.05(.864)	.19(.463)
D DASS-21	.19(.489)	-.22(.419)	-.27(.312)	.68(.004)	.01(.964)	.44(.088)	.01(.981)	-.05(.844)	.12(.667)		.57(.020)
Total Beck	.54(.032)	.57(.020)	-.47(.067)	.24(.368)	.39(.128)	.21(.426)	-.16(.556)	-.03(.924)	.11(.678)	.36(.172)	

Notas: Arriba de la diagonal se representan los resultados para las personas con infertilidad. Debajo de la diagonal se representan los resultados para las personas sin infertilidad; SF-36 = Calidad de Vida; FFis = Función Física; RFis = Rol físico; DCo = Dolor Corporal; SG = Salud General; V = Vitalidad; FSo = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; DASS-21 = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés

Tabla 23.

Asociación entre la calidad de vida con los síntomas de ansiedad, en personas con y sin infertilidad

	Total SF-36	FFis	RFis	DCo	SG	V	FSO	RE	SM	A DASS-21
	<i>r</i> (p)									
Total SF-36		.72(.002)	.39(.133)	-.12(.652)	.15(.577)	.57(.021)	-.15(.571)	.09(.715)	.72(.002)	.03(.924)
FFis	.61(.012)		.38(.141)	-.29(.273)	.08(.761)	.07(.791)	-.45(.081)	.23(.393)	.34(.199)	.38(.144)
RFis	-.48(.060)	-.56(.024)		-.05(.865)	-.36(.175)	.01(.716)	-.05(.860)	-.04(.894)	.33(.219)	.01(.973)
DCo	-.07(.791)	-.51(.042)	-.02(.937)		.17(.525)	-.26(.330)	.03(.919)	-.81(.0001)	-.04(.878)	-.33(.208)
SG	.82(.0001)	.35(.188)	-.10(.715)	-.03(.925)		-.17(.521)	.33(.206)	.08(.771)	-.42(.102)	-.10(.710)
V	.71(.002)	.10(.710)	-.48(.063)	.27(.318)	.44(.088)		.01(.958)	.14(.607)	.61(.012)	-.34(.127)
FSO	-.02(.935)	-.12(.672)	.21(.441)	-.22(.411)	-.08(.742)	-.08(.760)		.15(.577)	-.25(.349)	-.16(.556)
RE	.21(.437)	.03(.904)	-.13(.629)	.003(.992)	.39(.137)	.09(.742)	-.42(.104)		-.17(.531)	.23(.396)
SM	.78(.0001)	.40(.122)	-.37(.155)	-.32(.230)	.55(.028)	.66(.005)	.13(.623)	.15(.570)		.03(.908)
A-DASS-21	.19(.489)	-.02(.938)	-.23(.264)	.48(.058)	-.05(.841)	.42(.102)	-.08(.771)	-.08(.775)	.05(.860)	

Notas: Arriba de la diagonal se representan los resultados para las personas con infertilidad. Debajo de la diagonal se representan los resultados para las personas sin infertilidad; SF-36 = Calidad de Vida; FFis = Función Física; RFis = Rol físico; DCo = Dolor Corporal; SG = Salud General; V = Vitalidad; FSO = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; DASS-21 = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés.

Tabla 24.

Asociación entre la calidad con los síntomas de estrés, en personas con y sin infertilidad

	Total SF-36	FFis	RFis	DCo	SG	V	FSO	RE	SM	E DASS-21
	<i>r</i> (p)									
Total SF-36		.72(.002)	.39(.133)	-.12(.652)	.15(.577)	.57(.021)	-.15(.571)	.09(.715)	.72(.002)	-.08(.768)
FFis	.61(.012)		.38(.141)	-.29(.273)	.08(.761)	.07(.791)	-.45(.081)	.23(.393)	.34(.199)	.10(.715)
RFis	-.48(.060)	-.56(.024)		-.05(.865)	-.36(.175)	.01(.716)	-.05(.860)	-.04(.894)	.33(.219)	-.12(.662)
DCo	-.07(.791)	-.51(.042)	-.02(.937)		.17(.525)	-.26(.330)	.03(.919)	-.81(.0001)	-.04(.878)	-.28(.296)
SG	.82(.0001)	.35(.188)	-.10(.715)	-.03(.925)		-.17(.521)	.33(.206)	.08(.771)	-.42(.102)	-.22(.406)
V	.71(.002)	.10(.710)	-.48(.063)	.27(.318)	.44(.088)		.01(.958)	.14(.607)	.61(.012)	-.16(.554)
FSO	-.02(.935)	-.12(.672)	.21(.441)	-.22(.411)	-.08(.742)	-.08(.760)		.15(.577)	-.25(.349)	.02(.944)
RE	.21(.437)	.03(.904)	-.13(.629)	.003(.992)	.39(.137)	.09(.742)	-.42(.104)		-.17(.531)	.12(.664)
SM	.78(.0001)	.40(.122)	-.37(.155)	-.32(.230)	.55(.028)	.66(.005)	.13(.623)	.15(.570)		.10(.724)
E DASS-21	.49(.051)	.09(.747)	-.46(.071)	.52(.039)	.24(.370)	.63(.009)	-.06(.820)	.15(.581)	.329(.213)	

Notas: Arriba de la diagonal se representan los resultados para las personas con infertilidad. Debajo de la diagonal se representan los resultados para las personas sin infertilidad; SF-36 = Calidad de Vida; FFis = Función Física; RFis = Rol físico; DCo = Dolor Corporal; SG = Salud General; V = Vitalidad; FSo = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; DASS-21 = Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés.

Tabla 25

Asociación entre la estima corporal con la calidad de vida, en personas con y sin infertilidad

	Total SF-36	FFis	RFis	DCo	SG	V	FSo	RE	SM	Total BES	AFyS	CFyPP
	<i>r</i> (p)											
Total		.72(.002)	.39(.133)	-.12(.652)	.15(.577)	.57(.021)	-.15(.571)	.09(.715)	.72(.002)	-.16(.551)	-.16(.563)	-.17(.523)
SF-36												
FFis	.61(.012)		.38(.141)	-.29(.273)	.08(.761)	.07(.791)	-.45(.081)	.23(.393)	.34(.199)	-.12(.669)	-.10(.702)	-.09(.734)
RFis	-.48(.060)	-.56(.024)		-.05(.865)	-.36(.175)	.01(.716)	-.05(.860)	-.04(.894)	.33(.219)	.03(.919)	-.04(.896)	.12(.655)
DCo	-.07(.791)	-.51(.042)	-.02(.937)		.17(.525)	-.26(.330)	.03(.919)	-.81(.0001)	-.04(.878)	.02(.931)	.07(.807)	.03(.924)
SG	.82(.0001)	.35(.188)	-.10(.715)	-.03(.925)		-.17(.521)	.33(.206)	.08(.771)	-.42(.102)	.26(.324)	.29(.262)	.18(.512)
V	.71(.002)	.10(.710)	-.48(.063)	.27(.318)	.44(.088)		.01(.958)	.14(.607)	.61(.012)	-.31(.247)	-.32(.228)	-.33(.213)
FSo	-.02(.935)	-.12(.672)	.21(.441)	-.22(.411)	-.08(.742)	-.08(.760)		.15(.577)	-.25(.349)	.34(.192)	.28(.303)	.36(.169)
RE	.21(.437)	.03(.904)	-.13(.629)	.003(.992)	.39(.137)	.09(.742)	-.42(.104)		-.17(.531)	.08(.782)	-.01(.985)	.10(.723)
SM	.79(.0001)	.40(.122)	-.37(.155)	-.32(.230)	.55(.028)	.66(.005)	.13(.623)	.15(.570)		-.29(.279)	-.28(.298)	-.28(.292)
Total	-.33(.218)	.10(.716)	-.12(.648)	-.40(.124)	-.47(.069)	-.23(.394)	-.10(.705)	-.17(.519)	-.04(.870)		.98(.0001)	.97(.0001)
BES												
AFyS	-.21(.430)	.15(.568)	-.19(.473)	-.49(.049)	-.39(.127)	-.11(.673)	-.10(.699)	-.11(.693)	.13(.626)	.94(.0001)		.92(.0001)
CFyPP	-.40(.124)	-.01(.958)	.00(.991)	-.22(.408)	-.45(.078)	-.29(.263)	-.07(.812)	-.20(.454)	-.23(.400)	.91(.0001)	.73(.001)	

Notas: Arriba de la diagonal se representan los resultados para las personas con infertilidad. Debajo de la diagonal se representan los resultados para las personas sin infertilidad; SF-36 = Calidad de Vida; FFis = Función Física; RFis = Rol físico; DCo = Dolor Corporal; SG = Salud General; V = Vitalidad; FSo = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; BES= Escala de Estima Corporal; AFyS = Atractivo Físico y Sexual; CFyPP= Condición Física y Preocupación por el Peso.

Discusión

El objetivo principal del presente estudio fue Investigar si existen diferencias en la estima corporal y el ajuste psicológico entre personas mexicanas con y sin infertilidad. En cuanto la estima corporal, el análisis de resultados indicó diferencias estadísticamente significativas, entre personas con y sin infertilidad ($t(30) = 2.99, p = .006$). Las personas con infertilidad presentaron puntuaciones más altas, que las personas sin infertilidad. A nuestro saber, sólo un estudio ha evaluado la estima corporal en mujeres con infertilidad (Facchin et al., 2017), en donde se encontró que la salud mental se relaciona negativamente con la estima corporal. En el presente estudio, las personas con infertilidad tuvieron mayor estima corporal que las mujeres sin infertilidad. Debido a que la estima corporal se relaciona con otras medidas positivas, es importante realizar más estudios que contribuyan a comprender la estima corporal en personas con infertilidad.

Para el ajuste psicológico, se consideraron medidas de ansiedad, depresión y estrés. En cuanto los síntomas de depresión, en el presente estudio se aplicaron dos instrumentos (subescala de la DASS-21 [Gurrola et al, 2006] y el IDB [Jurado et al, 1998]). En general, no se encontraron diferencias en los síntomas de depresión entre las personas con y sin infertilidad. Este resultado es contundente con estudios previos en donde no se han identificado diferencias en los síntomas de depresión entre personas con y sin infertilidad (Bruneau et al, 2017; Dhillon et al, 2000). El limitado número de la muestra no permitió realizar cálculos estadísticos entre hombres y mujeres, con y sin infertilidad. Algunos estudios han encontrado que las mujeres y los hombres con infertilidad pueden mostrar mayores síntomas de depresión, en comparación con sus homólogos sin infertilidad (Akyuz et al, 2010; Cserepes et al, 2015; Pinto-Gouveia et al, 2012; Samani et al, 2017). Además, estudios realizados con parejas con infertilidad, informan que las esposas presentan mayor sintomatología depresiva que los esposos (Kim et al, 2016). Es probable que el nivel de sintomatología esté asociado al tiempo que las parejas tienen en tratamiento de fertilidad. Esta variable no fue considerada en el presente estudio. Se requieren estudios con muestras más amplias, que contribuyan a la comprensión de este fenómeno.

Por otro lado, al correlacionar la estima corporal con los síntomas depresivos, se encontraron resultados contradictorios. Es decir, cuando se utilizó la subescala de la DASS-21 (Gurrola et al, 2006), no se encontró una relación entre dichas variables. Por el contrario,

al correlacionar la puntuación total del IDB con la BES y sus subescalas, se encontró una correlación negativa entre la estima corporal y los síntomas de depresión, en el grupo de personas con infertilidad, pero no, en el grupo de personas sin infertilidad. Al respecto, es importante considerar que el IDB es una de las escalas más utilizadas para medir síntomas de depresión; por el contrario, los autores sugieren revisar las propiedades psicométricas de la DASS-21 (Gurrola et al, 2006).

En cuanto los niveles de ansiedad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre personas con y sin infertilidad. Este resultado es contundente con estudios previos (Dhillon et al, 2000). Nuevamente, el limitado tamaño de la muestra no permitió hacer otros análisis; sin embargo, estudios previos indican que las mujeres con infertilidad presentan más síntomas de ansiedad, que los hombres (Samani et al, 2017). Además, aproximadamente un tercio de personas con infertilidad, experimentan síntomas de ansiedad durante los 3 meses posteriores a la información sobre su tratamiento fallido (Chan et al, 2016). En el presente estudio no se recabó información al respecto. En cuanto la relación entre estima corporal y ansiedad, no se identificó una asociación entre ambas variables.

En lo referente al estrés, en este estudio no se encontraron diferencias entre personas con y sin infertilidad. Estudios previos indican que hay diferencias en el nivel de estrés, ya que las mujeres con infertilidad muestran mayor estrés que los hombres con infertilidad (Kim et al, 2016; Samani et al, 2017). Asimismo, otros estudios indican que el estrés puede estar asociado con la infertilidad, en donde los hombres muestran mayor nivel de ansiedad cuando están en un tratamiento de infertilidad (Awtani et al, 2018; Bártolo et al, 2016). Además, el estrés se asociado con la preocupación social, la preocupación sexual y el rechazo del estilo de vida libre de niños, es mayor en mujeres con infertilidad (Awtani et al, 2018). Se requieren estudios con muestras más amplias, que contribuyan a la comprensión de este fenómeno.

En cuanto la calidad de vida, se encontraron diferencias en la subescala de salud mental, en donde las personas fértiles tienen una mejor salud mental que las personas infértiles. Estudios previos muestran que las mujeres infértiles tienen una baja calidad de vida (Kim et al, 2016) y esta se correlaciona con una la insatisfacción corporal (Alves et al, 2013). En el presente estudio no se mostraron diferencias en la calidad de vida, entre personas con y sin infertilidad. Sin embargo, se encontró una correlación negativa entre la puntuación de

la subescala de Atractivo Físico y Sexual (AFyS) de la BES, con las subescalas de dolor corporal del SF-36 en el grupo de personas sin infertilidad.

Se puede concluir que a pesar de que no se encontraron las diferencias que se esperaban, puede ser a causa de que las personas con infertilidad probablemente ya aceptaron su condición fisiológica por todo el tiempo que han llevado un tratamiento, es decir, su valor de la estima corporal no depende de la infertilidad.

Las personas aprecian su cuerpo independientemente de si tiene o no tienen infertilidad, ayudando a que las personas pueden tener otros elementos psicológicos positivos.

Finalmente, entre las fortalezas del presente estudio destacan la evaluación de variables que no se habían retomado en otros estudios y que son importantes para poder obtener un panorama más grande sobre los resultados en personas con y sin infertilidad, cabe destacar que para las siguientes investigaciones del tema el tamaño de la muestra debería ser más grande. Entre las limitaciones están que debido al tamaño de la muestra no se pudo analizar los resultados por mujeres y hombres, para poder generar un resultado por sexo, es recomendable ampliar el tamaño de esta muestra, por otra parte, debido a que no todas las personas tenían pareja no se pudo evaluar el soporte marital en cuanto a la infertilidad, dejándonos con la incógnita de lo que se podría encontrar en la relación de pareja en personas con y sin infertilidad.

Referencias

- Akhondi, M., Dadkhah, A., Bagherpour A., Ardakani, Z.B., Kamali, K, Binaafar, S., Kosari, H., y Ghorbani. B. (2011). Study of body image infertile and infertile. *Men. Journal of Reproduction & Infertility*, 12(4), 295-298.
- Akyuz, A., Seven, M., Devran, A., y Demiralp, M. (2010). Infertility history: is it a risk factor for postpartum depression in Turkish women. *J Perinat Neonatal Nurs*, 24, pp. 137–145., doi: 10.1097/JPN.0b013e3181d893e8
- Alves, R., (2013). *A imagem corporal na infertilidade: a infertilidade no feminino. Maestria integrado en Psicologia*, Universidade do Porto Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Portugal.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.
- Awtani, M., Mathur, K., Shah,S., y Banker, M. (2018). Infertility Stress in Couples Undergoing Intrauterine Insemination and In Vitro Fertilization Treatments. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 10, 221-225., doi: 10.4103/jhrs.JHRS_39_17
- Bártolo, A., Reis, S., Monteiro, S., Leite, R y Montenegro, N. (2016). Adjustment of Infertile Men Undergoing Fertility Treatments: An Association with Sperm Parameters. *Archives of Psychiatric Nursing.*, doi.org/10.1016/j.apnu.2016.04.014
- Bazarganipour, F., Ziaei, S., Montazeri, A., Foroozanfard, F., Kazemnejad, A., y Faghihzadeh, S. (2013). Body image satisfaction and self-esteem status among the patients with polycystic ovary syndrome. *Iranian journal of reproductive medicine*, 11(10), 829–836.
- Benito, M., Simón, M., Sánchez, A., y Matachana, M. (2011). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. España. Mcgraw-Hill / Interamericana de España.
- Brena, I. (2012). *La gestación subrogada ¿una nueva figura del derecho de familia?* Instituto de investigaciones Jurídicas de la UNAM. 139-161.
- Brugo, S., Chillik, C., y Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 54(4), 227-248.
- Bruneau, M., Colombel, A., Mirallié, S., Fréour, T., Hardouin, J.-B., Barrière, P., y Grall-Bronnec, M. (2017). Desire for a child and eating disorders in women seeking

infertility treatment. *PLOS ONE*, 12(6), e0178848., doi: 10.1371/journal.pone.0178848

- Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Nutrición, Actividad Física, y Obesidad (2015). *¿Cómo se calcula e interpreta el IMC?* Recuperado de: <https://www.cdc.gov/health/>
- Carreño, J., Sánchez, C., y Morales, F. (2016). La psicología y la infertilidad; una experiencia institucional para establecer una línea de investigación. *Integración Académica en Psicología*, 4 (10). 63-72.
- Cash, F. & Lavalley, M. (1997). Cognitive-Behavioral Body Image Therapy: Extended Evidence of the Efficacy of a Self-Directed Program. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 15(4), 281-294.
- Chan, C., Lau, H., Tam, M., y Ng, Y. (2016). A longitudinal study investigating the role of decisional conflicts and regret and short-term psychological adjustment after IVF treatment failure. *Human Reproduction*, 31(12), 2772-2780. doi: 10.1093/humrep/dew233
- Cousineau, T., y Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 21(2). 293-308., doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003.
- Cserepes, R. E., y Bugan, A. (2015). Impact of depressive symptomatology in Hungarian infertile couples. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Társaság tudományos folyóirata*, 30(1), 50-59.
- Dhillon, R., Cumming, C. E., y Cumming, D. C. (2000). Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*, 74(4), 702-706.
- Escoto-Ponce de León, M. D. C., Bosques-Brugada, L. E., Cervantes-Luna, B. S., Camacho, R. E. J., Díaz, R. I., y Rodríguez, H. G. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas de la Escala de Estima Corporal en mujeres y varones mexicanos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(2), 97-104.
- Facchin, F., Barbara, G., Dridi, D., Alberico, D., Buggio, L., Somigliana, E., Saita, E., y Vercellini, P. (2017). Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. *Human Reproduction*, 1-7., doi: 10.1093/humrep/dex249

- Fernández, M., Herrera, P., y González, I. (2002). Infertilidad como evento paranormativo: su repercusión familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 117-120.
- Franzoi, S. L., y Herzog, M. E. (1986). The Body Esteem Scale: A Convergent and Discriminant Validity Study. *Journal of Personality Assessment*, 50(1), 24-31., doi:10.1207/s15327752jpa5001_4
- Galhardo, A., Moura-Ramos, M., Cunha, M., y Pinto-Gouveia, J. (2015). The infertility trap: how defeat and entrapment affect depressive symptoms. *Human Reproduction*, 0, doi:10.1093/humrep/dev311
- Gómez, A. (2011). Infertilidad femenina. *Divulgación Sanitaria*. 30(5), 60-65.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K. y Mcquillan, J. (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*. 32(1), 140-162., doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x
- Gurrola, G., Balcázar, P., Bonilla, M., y Virseda, J. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*. (8)002, 3-7.
- Himelein, J. M., y Thatcher, S. S. (2006). Depression and body image among women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Health Psychology*, 11 (4), 613 - 625., doi:10.1177/1359105306065021
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2017). *Laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo no traumático en el adulto*. México. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/509GRR.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). *Diagnóstico de la pareja infértil y tratamiento con técnicas de baja complejidad*. México. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_621_13_DXPAREJAINFERTIL/621GER.pdf
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kamenetzky, V., Cuenya, L., Elgier, M., López, F., Fosachea, S., Martin, L., y Mustaca, E. (2009). Respuestas de frustración en humanos. *Terapia psicológica*, 27(2), 191-201.

- Karamidehkordi, A., y Roudsari, R. (2014). Body image and its relationship with sexual function and marital adjustment in infertile women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(7), 51–58.
- Kim, J, Shin., H, y Yun., E. (2016). A Dyadic Approach to Infertility Stress, Marital Adjustment, and Depression on Quality of Life in Infertile Couples. *Journal of Holistic Nursing*, 20,1-9., doi10.1177/0898010116675987
- .
- Martínez, J., Altagracia, M., Kravzov, J., Hinojosa, J., Sánchez, B., y Díaz de León, C. (2012). Estudio de la carga económica de la infertilidad femenina por anovulación en un hospital público de México: estudio piloto. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*. 43(2), 66-72.
- Mindes, E. J., Ingram, K. M., Kliewer, W., y James, C. A. (2003). Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Social Science & Medicine*, 56(10), 2165–2180., doi:10.1016/s0277-9536(02)00221-6
- Namavar, J., Mansouri, M., Forouhari, S., Poordast, T., y Salehi, A. (2018). Quality of Life and Its Influencing Factors of Couples Referred to An Infertility Center in Shiraz, Iran. *International Journal of Fertility and Sterility*, 11 (4),293-297., doi: 10.22074 /ijfs.2018.5123
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Gender and Genetics*. Recuperado de: <http://www.who.int/genomics/gender/en/index6.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Obesidad y sobrepeso. Recuperrado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Oropeza, R., Armenta, C., García, A., Padilla, N., y Díaz, R. (2010). Validación de la escala de evaluación de relaciones en la población mexicana. *Psicología Iberoamericana*. 18(2), 56-65.
- Ozen, M., Vural, M., Aidyn, H., Orum, M., Kalenderoglu, A., y Selek, S. (2019). Influences of various variables on body image satisfaction among highly fertile women and infertile women. *Turkish J Clinical Psychiatry*, 22. 187-192., doi: 10.5505/kpd.2019.74755

- Pinto-Gouveia, J., Galhardo, A., Cunha, M. y Matos, M. (2012). Procesos de regulación emocional protectora hacia el ajuste en pacientes infértiles. *Fertilidad humana*, 15(1), 27–34., doi: 10.3109 / 14647273.2011.654310
- Prathibha, A., Manjula, M., y Padmini, P. (2018). Sexual Functioning, Beliefs About Sexual Functioning and Quality of Life of Women with Infertility Problems. *Journal of Human Reproductive Sciences.*, doi: 10.4103/jhrs.JHRS_137_16
- Raich, R. M. (2001). *Imagen Corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*, Madrid, España. Pirámide.
- Ramírez-Uclés, I., Del Castillo-Aparicio, M., y Moreno-Rosset, C. (2015). Psychological Predictor Variables of Emotional Maladjustment in Infertility: Analysis of the Moderating role of Gender. *Clínica y Salud*, 26(1), 57-63.
- Rosas, M. (2007). Infertilidad masculina. *Divulgación Sanitaria*. 26(7), 70-75.
- Samani, O., Vesali, S., Navid, B., Vakiliniya, B., y Mohammadi, M. (2017). Evaluation on Hope and Psychological Symptoms in Infertile Couples Undergoing Assisted Reproduction Treatment. *International journal of fertility & sterility*, 11(2), 123-129., doi 10.22074/ijfs.2017.4838
- Sociedad Española de Fertilidad. (2011). Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida. Madrid.
- Tomas, P. (2015). *Revisión bibliográfica sobre la infertilidad, consecuencias que genera en la persona y en su relación de pareja y rol del psicólogo como terapeuta*. Grado en Psicología. Universidad Miguel Hernández, España.
- Universidad de Valparaíso Chile. *Fecundación In Vitro*. Clínica de reproducción humana. Recuperado de: <http://www.crh.uv.cl/images/fichas/CRH-UV-fecundacion-in-vitro.pdf>
- Vélez, P., (1977). Ajuste personal y actitudes ante la sexualidad y el amor. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 9(5), 47-56.
- Zúñiga, M, A., Carrillo-Jiménez, Fos, J, P., G, T., Gandek, B., y Medina-Moreno M, R. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 2(41), 110-118.

Anexo 1 Consentimiento informado

Por medio de la presente se extiende la invitación para participar en un proyecto de investigación que tiene por objetivo investigar si existen diferencias en la estima corporal y el ajuste psicológico entre personas con y sin infertilidad.

Su participación consistirá en responder cuatro cuestionarios, en las instalaciones del centro deportivo y en los horarios que las autoridades de la misma establezcan.

Los investigadores se comprometen a resolver sus dudas referentes a dicha investigación.

Finalmente, le damos la seguridad de que los datos obtenidos sólo tendrán fines académico-científicos, por lo que serán manejados de forma confidencial, garantizándole que no será identificado en ninguno de los informes a realizar.

Por favor indique con una X si usted:

ACEPTA participar **NO ACEPTA** participar

Nombre y firma: _____

A.en Psic. Juárez de la Cruz Sandra Ivette

Investigadora

A.en Psic. Sánchez Aguilar Karla Guadalupe

Investigadora

Anexo 2 DASS-21

INSTRUCCIONES: Lea las siguientes afirmaciones y marque el número que indica cual afirmación aplica más a usted durante la semana pasada.

Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas.

- 0 = No aplicó nada en mí
- 1 = Se aplica un poco a mí durante parte del tiempo
- 2 = Se aplica bastante a mí una buena parte del tiempo
- 3 = Se aplica mucho a mí la mayor parte del tiempo

Items	0	1	2	3
1. Encontré difícil terminar las cosa				
2. Estuve consciente de la resequedad de mi boca				
3. No experimente ningún pensamiento positivo				
4. Experimente dificultades al respirar (por ejemplo, respiración excesivamente rápida quedarme sin aliento en ausencia de esfuerzo físico)				
5. Encuentre difícil tener la iniciativa para hacer las cosas				
6. Tendí a reaccionar exageradamente ante situaciones				
7. Experimente temblores (por ejemplo, en las manos)				
8. Sentí que estaba utilizando mucha energía nerviosa				
9. Estuve preocupado acerca de las situaciones ante las cuales me asusto y hago el ridículo				
10. Sentí que no tenía nada que esperar				
11. Me encontré a mí mismo poniéndome nervioso				
12. Encontré difícil relajarme				
13. Me sentí desanimado y triste				
14. Estuve intolerante con todo lo que me distrajera de lo que estaba haciendo				
15. Sentí que estuve a punto de entrar en pánico				
16. Me sentí incapaz de sentirme entusiasmado acerca de nada				
17. Sentí que no valía nada como persona				
18. Sentí que estaba más bien susceptible				
19. Estuve consciente de la acción de mi corazón en ausencia de esfuerzo físico (por ejemplo, sentí incremento de la frecuencia cardiaca, el corazón perdiendo un latido)				
20. Sentí miedo sin ninguna razón				
21. Sentí que la vida no tenía sentido				

Anexo 3 IDB

INSTRUCCIONES: En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección

1.
 0. Yo no me siento triste.
 1. Me siento triste.
 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2.
 0. En general no me siento descorazonado por mi futuro.
 1. Me siento descorazonado por mi futuro.
 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3.
 0. Yo no me siento como un fracasado.
 1. Siento que he fracasado más que las personas en general.
 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona.

4.
 0. Obtengo una satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

5.
 0. En realidad yo no me siento culpable.
 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo.
 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6.
 0. Yo no me siento que esté siendo castigado.
 1. Siento que podría ser castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que he sido castigado.

7.
 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo.
 1. Estoy desilusionado de mí mismo.
 2. Estoy disgustado conmigo mismo.
 3. Me odio.

8.
 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas.
 1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.
 0. Yo no tengo pensamientos suicidas.
 1. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo.
 2. Me gustaría suicidarme.
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10.
 0. Yo no lloro más de lo usual.
 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.
 2. Actualmente lloro todo el tiempo.
 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

11.

- 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
- 1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado todo el tiempo.
- 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.

12.

- 0. Yo no he perdido el interés en la gente.
- 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
- 2. He perdido en gran medida el interés en la gente.
- 3. He perdido todo el interés en la gente.

13.

- 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
- 1. Pospongo tomar decisiones más que antes.
- 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.
- 3. Ya no puedo tomar decisiones.

14.

- 0. Yo no siento que me vea peor que como me veía.
- 1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a).
- 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a).
- 3. Creo que me veo feo (a).

15.

- 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.
- 2. Tengo que obligarme para hacer algo.
- 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.

16.

- 0. Puedo dormir tan bien como antes.
- 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
- 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
- 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.

17.

- 0. Yo no me canso más de lo habitual.
- 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
- 2. Con cualquier cosa que haga me canso.
- 3. Estoy muy casado para hacer cualquier cosa.

18.

- 0. Mi apetito no es peor de lo habitual.
- 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
- 2. Mi apetito está muy mal ahora.
- 3. No tengo apetito para nada.

19.

- 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente.
 - 1. He perdido más de dos kilogramos.
 - 2. He perdido más de cinco kilogramos.
 - 3. He perdido más ocho kilogramos.
- A propósito, estoy tratando de perder peso comiendo menos
Sí _____ No _____

20.

- 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.
- 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
- 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
- 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.

- 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
- 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 4 BES

INSTRUCCIONES: En la siguiente escala se enumeran una serie de partes del cuerpo y funciones. Lea cada reactivo e indique cómo se siente acerca de esta parte o función de su propio cuerpo usando la siguiente escala.

Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas.

- 1 = Tengo sentimientos fuertemente negativos
- 2 = Tengo sentimientos moderadamente negativos
- 3 = No tengo sentimientos de una manera u otra
- 4 = Tengo sentimientos moderadamente positivos
- 5 = Tengo sentimientos fuertemente positivos

ITEMS	1	2	3	4	5	ITEMS	1	2	3	4	5
1. Olor corporal						18. Anchura de los hombros					
2. Apetito						19. Brazos					
3. Nariz						20. Pecho/pectorales					
4. Resistencia física						21. Aspecto de los ojos					
5. Reflejos						22. Mejillas					
6. Labios						23. Cadera					
7. Fuerza muscular						24. Piernas					
8. Cintura						25. Figura o apariencia					
9. Nivel de energía						26. Deseo sexual					
10. Muslos						27. Pies					
11. Orejas						28. Genitales					
12. Bíceps						29. Aspecto del abdomen					
13. Barbilla						30. Salud					
14. Estructura corporal						31. Actividades sexuales					
15. Coordinación física						32. Vello corporal					
16. Nalgas						33. Condición física					
17. Agilidad						34. Cara					
						35. Peso					

ANEXO 5 SF-36

INSTRUCCIONES: Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto. Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

1.- En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2.- ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparado con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año Algo mejor ahora que hace un año

Más o menos igual que hace un año Algo peor ahora que hace un año

Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

3.- Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

4.- Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

5.- Coger o llevar la bolsa de la compra

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

6.- Subir varios pisos por la escalera

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

7.- Subir un solo piso por la escalera

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

8.- Agacharse o arrodillarse

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

9.- Caminar un kilómetro o más

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

10.- Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

11.- Caminar una sola manzana (unos 100 metros)

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

12.- Bañarse o vestirse por sí mismo

Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

13.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

Sí No

14.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

Sí No

15.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Sí No

16.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

Sí No

17.- Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

Sí No

18.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

Sí No

19.- Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

Sí No

20.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

21.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, mucho

22.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada Un poco Regular Bastante Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.

23.- Durante las últimas 4 semanas, ¿se sintió lleno de vitalidad?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez
Nunca

24.- Durante las últimas 4 semanas, ¿estuvo muy nervioso?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez
Nunca

25.- Durante las últimas 4 semanas, ¿se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez
Nunca

26.- Durante las últimas 4 semanas, ¿se sintió calmado y tranquilo?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez
Nunca

27.- Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo mucha energía?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez
Nunca

28.- Durante las últimas 4 semanas, ¿se sintió desanimado y triste?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez
Nunca

29.- Durante las últimas 4 semanas, ¿se sintió agotado?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez
Nunca

30.- Durante las últimas 4 semanas, ¿se sintió feliz?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez
Nunca

31.- Durante las últimas 4 semanas, ¿se sintió cansado?

Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez
Nunca

32.- Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

33.- Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa

34.- Estoy tan sano como cualquiera

Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa

35.- Creo que mi salud va a empeorar

Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa

36.- Mi salud es excelente

Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa