



DESCRIPCIÓN DE NIVELES DE ANSIEDAD, DESESPERANZA Y AUTOESTIMA EN UN GRUPO DE MUJERES CHILENAS CON DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDAD PRIMARIA: UN ESTUDIO PILOTO

Description of anxiety, hopelessness and self-esteem levels in a group of chilean women diagnosed with primary infertility: A pilot study

Yolanda Contreras-García¹, Valeska Jara-Riquelme², Camilo Manríquez-Vidal³

Recibido: agosto 10/15 – Aceptado: marzo 11/16

RESUMEN

Objetivo: describir los niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima de mujeres con diagnóstico de infertilidad primaria que acuden a iniciar tratamiento de fertilización *in vitro* en un centro privado de alta complejidad.

Materiales y métodos: serie de casos en la que se incluyeron mujeres chilenas con diagnóstico de infertilidad primaria entre los 20 y 45 años, sin hijos, heterosexuales, con óvulos propios, que aceptaron participar del estudio previo consentimiento informado, quienes acudieron entre junio y diciembre del año 2012 a iniciar tratamiento de fertilización *in vitro* a una institución privada de referencia especializada en el manejo de este problema en Concepción

(Chile). Muestra no probabilística, consecutiva. Se analizaron variables biosociales, antecedentes de patología previa, niveles de ansiedad, desesperanza, autoestima y apoyo social percibido. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 19.0, aplicando análisis univariado.

Resultados: se analizó una muestra de 40 mujeres, con un promedio de edad de 35,75 años, las cuales poseen educación técnica o universitaria completa, todas trabajaban y tenían un nivel de ingreso medio-alto. El antecedente de patologías previas más frecuente correspondió a ovario poliquístico (50 %). En las mujeres estudiadas se observó ansiedad en el 47,5 %, desesperanza en el 62,5 % y baja autoestima en el 55 %. El 50 % de ellas percibió un bajo apoyo social.

Conclusiones: en mujeres con infertilidad se encontraron importantes niveles de ansiedad, desesperanza y baja autoestima. Es importante hacer una evaluación de estas condiciones en mujeres sometidas a tratamiento de infertilidad ya que la condición de salud mental constituye un importante aspecto de la salud sexual y reproductiva de las mismas.

Palabras clave: infertilidad femenina, ansiedad, autoestima, salud mental.

- 1 Matrona; licenciada en Obstetricia y Puericultura; Especialista en Perinatología; Magíster en Salud Familiar; Doctora© en Salud Mental. Profesora Asociada, Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción (Chile). ycontre@udec.cl.
- 2 Matrona; Licenciada en Obstetricia y Puericultura; Magíster en Salud Reproductiva, Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción (Chile).
- 3 Ingeniero Estadístico; Licenciado en Estadística. Colaborador docente, Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción (Chile).

ABSTRACT

Objective: To describe levels of anxiety, hopelessness and self-esteem in women with a diagnosis of primary infertility seeking to initiate in vitro fertilization treatment at a high-complexity private centre.

Materials and methods: Case series including Chilean women aged 20 to 45, who came between June and December 2012 to initiate in vitro fertilization treatment at a private referral institution in Concepcion, Chile, specialized in the management of this problem. The women were childless, heterosexual and had a diagnosis of primary infertility. They had their own eggs and agreed to participate in the study after going through the informed consent process. A consecutive non-probabilistic sample was used. The variables analysed included biosocial factors, prior disease history, levels of anxiety, hopelessness and self-esteem, and perceived social support. A univariate statistical analysis was performed using the SPSS software package, version 19.0.

Results: A sample of 40 women was analysed. Mean age was 35.7 years. All the women had completed technical or university education, they all worked, and their level of income was medium to high. The most frequent history of prior disease was polycystic ovary (50%). In the women included in the study, anxiety was found in 47.5%, hopelessness in 62.5% and low self-esteem in 55%. There was a perception of low social support in 50% of them.

Conclusions: Significant levels of anxiety, hopelessness and low self-esteem were found in women with infertility. It is important to evaluate these conditions in women undergoing infertility treatment, considering that mental health is an important component of sexual and reproductive health.

Key words: Female infertility, anxiety, self-esteem, mental health.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad se define como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o

más de relaciones sexuales no protegidas (1, 2). A nivel internacional se estima que su prevalencia es de un 10 a un 15 % de las parejas (3, 4), en donde un 40 a 45 % de los casos aproximadamente afecta a mujeres; un 35 a 40 % a hombres, y un 20 a 30 % de los casos a ambos miembros de la pareja (5, 6).

En Chile, uno de los primeros estudios realizados en la década de los noventa concluyó que la infertilidad afectaba al 10,4 % de las mujeres en edad fértil al año de convivencia estable, y que a los 8 años de esta convivencia permanecía infértil el 4 % de las parejas tratadas (7). Sin embargo, en el año 2010, su prevalencia en población chilena aumentó a un 15 %, estimando que la infertilidad afecta a 1 de cada 6 parejas, realidad que podría variar en las próximas décadas llegando a cifras más extremas como 1 de cada 3 parejas (8).

Por otra parte, la Organización Mundial de Salud (OMS) afirma que más de 70 millones de parejas tienen problemas de fertilidad, considerándola un problema de salud a nivel mundial (1, 2).

Las causas de la infertilidad abarcan un amplio espectro: estilo de vida; infecciones, principalmente de transmisión sexual; contaminación ambiental; riesgos laborales y avanzada edad materna. Dentro del estilo de vida se declaran aquellas situaciones asociadas al cambio de peso, ya sea por déficit o exceso, consumo excesivo de cafeína, alcohol, nicotina u otras drogas (9).

En los años cincuenta y sesenta se señalaba que aproximadamente el 40 % de los casos de infertilidad eran atribuibles a factores psicológicos. Se afirmaba, incluso, que la presencia de infertilidad femenina estaba asociada a conflictos tempranos en la relación madre e hija (10, 11). Dichos enfoques abogaban por situar el origen de la infertilidad en conflictos tempranos o rasgos neuróticos de la personalidad. Este modelo, dominante a mediados de los años ochenta, se basaba en afirmar que la infertilidad de origen desconocido estaba causada por una resistencia inconsciente a la maternidad (12).

Un metaanálisis publicado en el año 2011, donde se estudian a 3583 mujeres infértiles identificó que

entre el 25 y el 65 % de los pacientes sometidos a tratamientos de reproducción asistida presentan en algún momento síntomas clínicos de cierta significación, como son la ansiedad, la desesperanza, la culpabilidad, baja autoestima y problemas en la relación de pareja (13).

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque no lo sean en realidad. Dicha reacción puede llegar a ser nociva en la medida en que es excesiva y frecuente. En la actualidad, la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente, que se manifiesta en sus formas severas mediante múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, el social o el laboral (14). Un estudio en población de mujeres infértiles suecas demostró que el 30 % cumplían criterios para un trastorno de ansiedad, incluyendo diagnósticos subclínicos (15).

La desesperanza, considerada como las pobres expectativas futuras del individuo, y la baja autoestima, reconocida como la escasa valoración que tiene el individuo acerca de sí mismo, de su manera de ser, de su relación con otros (16), son aspectos que se ven afectados después de periodos de intensa esperanza y optimismo, que frecuentemente acompañan el inicio del tratamiento de la infertilidad. Al no lograr el embarazo, las parejas viven etapas de angustia, culpa y frustración en las que poco a poco van aceptando su incapacidad para concebir, al igual que cuando se pierde a un ser querido. Viven incluso un periodo de duelo y abandonan la posibilidad de la concepción, aceptando la infertilidad como una limitación personal (17). También se afirma que el grado de estrés de los pacientes con infertilidad suele aumentar cuando se intensifica el tratamiento y también cuando este se prolonga (18, 19).

Frente a lo expuesto, llama la atención el desarrollo de guías de protocolos de atención de parejas infértiles, que no abordan de manera relevante su valoración psicológica (7, 20). Con la intención de

aportar información a la disponible en la región sobre la frecuencia de estos aspectos de la salud mental de las mujeres en estudio de infertilidad, el presente estudio tiene como objetivo describir los niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima en un grupo de mujeres con diagnóstico de infertilidad primaria que acuden a iniciar tratamiento de fertilización *in vitro*, en un centro privado de alta complejidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Serie de casos en la que se incluyeron mujeres con diagnóstico de infertilidad según la OMS, que ingresaron a procedimientos de reproducción asistida de alta complejidad (fecundación *in vitro*), cuya edad se encontraba entre los 20 y 45 años, chilenas, sin hijos, heterosexuales, con óvulos propios y que aceptaran participar en el estudio, previo consentimiento informado, que acudieron al Centro de Medicina Reproductiva de la ciudad de Concepción, Octava Región, Chile. El periodo de estudio correspondió al segundo semestre del año 2012. El muestreo fue no probabilístico, consecutivo. Se excluyeron las mujeres que no contestaron los instrumentos aplicados.

La recolección de información se realizó mediante un cuestionario construido para rescatar antecedentes biosociales tales como edad, índice de masa corporal, nivel educacional, nivel socioeconómico, conducta sexual, patologías previas o concomitantes. El análisis de la conducta sexual se realizó a través de tres variables que consideraron la edad de inicio de la vida sexual, el número de parejas sexuales y la frecuencia de relaciones sexuales.

Para evaluar las condiciones de salud mental consideradas se aplicaron las siguientes escalas: Inventario de ansiedad de Beck, se trata de un instrumento autoaplicable que consta de 21 ítems, con un rango de puntuación entre 0 y 63. Los niveles de corte utilizados corresponden a: ansiedad muy baja (00-21 puntos), ansiedad moderada (22-35 puntos) y ansiedad severa (más de 36 puntos). Este inventario fue validado en población chilena en el año 2007

(21-24). La escala de desesperanza de Beck, creada en el año 1974 y validada en Chile el año 2006, que tiene una confiabilidad de entre 0,82 y 0,84 (25, 26). Esta escala consta de 20 ítems, el punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto. La escala de autoestima de Rosenberg (EAR) fue validada en Chile en el año 2009, con una confiabilidad de 0,754 (27, 28). Su aplicación es simple y rápida; cuenta con 10 ítems, los resultados según puntaje se expresan de la siguiente forma: autoestima elevada (30-40 puntos), autoestima media (26-29 puntos) y autoestima baja (igual o menor a 25 puntos). El apoyo social se evaluó como variable adicional, debido a que es un elemento que se considera central frente a acontecimientos vitales no normativos (29). Para su evaluación se utilizó la escala de apoyo social percibido de Zimet, constructo que consta de 12 preguntas que incorporan los dominios de familia, amigos y otros significativos. Fue validada en Chile en el año 2002, con una confiabilidad de 0,86 y 0,88 (30).

Para el análisis estadístico, los datos obtenidos fueron digitados en una base de datos Excel, analizada mediante la suite estadística SPSS versión 19.0. Se aplicó análisis univariado de carácter descriptivo para las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión, según normalidad, mientras que las variables cualitativas se presentan en frecuencia absoluta y relativa.

El protocolo de la investigación fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y aprobado por el director médico del Centro de Fertilidad y Medicina Reproductiva S A.

RESULTADOS

De un total de 90 mujeres que acudieron al centro privado de atención durante el periodo de estudio, 40 de ellas (44,4%) cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar. El promedio de edad fue de 35,75 años ($DE \pm 3,09$). Respecto al peso, se observa un promedio de 64,93 kg ($DE \pm 9,46$),

solo el 32,5% ($n = 13$) tenía en peso normal, un 2,5% ($n = 1$) estaba con bajo peso, un 52,5% ($n = 21$) tenía sobrepeso y un 12,5% ($n = 5$) eran obesas. Se observó un índice de masa corporal (IMC) promedio de 25,94 ($DE \pm ,35$).

Respecto al nivel educacional, un 60% ($n = 24$) eran profesionales universitarias y un 40% ($n = 16$) profesionales técnicas de nivel superior, todas con ingresos propios y de sus parejas, conformando un nivel socioeconómico de clase media-alta (sobre US\$ 1500 mensuales); su seguro de salud era privado para efectos de pagos de procedimientos de atención.

El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 18,6 años ($DE \pm 2,13$); la mediana de parejas sexuales correspondió a 3 (mínimo 1 - máximo 6) y la mediana de frecuencia de las relaciones sexuales fue de 2 veces por semana (mínimo 1 - máximo 3).

En los antecedentes de patologías previas se pudo observar que el 50% ($n = 20$) presentaban síndrome de ovario poliquístico; la existencia de procesos inflamatorios pelvianos estuvo en el 37,5% ($n = 15$) y el antecedente de endometriosis en un 30% ($n = 12$). Mientras que antecedentes como aborto o embarazo ectópico estuvieron presentes en el 25% de ellas ($n = 10$).

Al caracterizar los niveles de ansiedad se pudo observar que un 42,5% ($n = 17$) poseía una ansiedad muy baja; un 10% ($n = 4$) un nivel de ansiedad moderado y un 47,5% ($n = 19$) un nivel de ansiedad severo. Los síntomas relatados por las mujeres con ansiedad severa se concentran en: palpitaciones y sudoración, ambas con valores de 35% ($n = 14$), como síntomas físicos evidenciables, y respecto de sensaciones percibidas en esta misma condición de severa se observa el hormigueo o entumecimiento y el miedo a la muerte en igual porcentaje. Mayores detalles se describen en la tabla 1, que señala la distribución de los síntomas de ansiedad reconocidos por estas mujeres.

Al evaluar el nivel de desesperanza se observó que el 62,5% ($n = 25$) de las mujeres poseía un alto

Tabla 1.
Distribución de síntomas de ansiedad en una serie de 40 mujeres infértiles en Chile, 2012

Ítem	En absoluto (0)		Levemente, no me molesta mucho (1)		Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo (2)		Severamente, casi no pude soportarlo (3)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Hormigueo o entumecimiento	14	35	2	5	10	25	14	35
2. Sensación de calor	13	32,5	10	25	11	27,5	6	15
3. Temblor de piernas	19	47,5	2	5	19	47,5	-	-
4. Incapacidad de relajarse	7	17,5	21	52,5	7	17,5	5	12,5
5. Miedo a que suceda lo peor	13	32,5	5	12,5	16	40	6	15
6. Mareo o aturdimiento	15	37,5	1	2,5	14	35	10	25
7. Palpitaciones o taquicardia	15	37,5	4	10	7	17,5	14	35
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	17	42,5	5	12,5	9	22,5	9	22,5
9. Terrores	15	37,5	6	15	14	35	5	12,5
10. Nerviosismo	5	12,5	7	17,5	19	47,5	9	22,5
11. Sensación de ahogo	17	42,5	5	12,5	12	30	6	15
12. Temblores de manos	17	42,5	5	12,5	10	25	8	20
13. Temblor generalizado o estremecimiento	16	40	-	-	19	47,5	5	12,5
14. Miedo a perder el control	14	35	19	47,5	7	17,5	-	-
15. Dificultad para respirar	24	60	1	2,5	13	32,5	2	5
16. Miedo a morir	18	45	1	2,5	7	17,5	14	35
17. Sobresaltos	21	52,5	1	2,5	17	42,5	1	2,5
18. Molestias digestivas o abdominales	-	-	14	35	23	57,5	3	7,5
19. Palidez	15	37,5	2	5	23	57,5	-	-
20. Rubor facial	5	12,5	12	30	14	35	9	22,5
21. Sudoración (no debida al calor)	5	12,5	8	20	13	32,5	14	35

Tabla 2.
Distribución de las respuestas de la escala de desesperanza de Beck en una serie de 40 mujeres infértiles en Chile, 2012

Ítem	Verdadero		Falso	
	n	%	n	%
Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	21	52,5	19	47,5
Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	25	62,5	15	37,5
Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer mucho tiempo así	25	62,5	15	37,5
No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años, conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	29	72,5	11	27,5
Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	18	45	22	55
En el futuro espero conseguir lo que me pueda interesar	19	47,5	21	52,5
Mi futuro me parece oscuro	20	50	20	50
Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	20	50	20	50
No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	18	45	22	55
Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	25	62,5	15	37,5
Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	23	57,5	17	42,5
No espero conseguir lo que realmente deseo	20	50	20	50
Cuando miro hacia el futuro espero que seré más feliz de lo que soy ahora	8	20	32	80
Las cosas no marchan como yo quisiera	14	35	26	65
Tengo una gran confianza en el futuro	16	40	24	60
Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	21	52,5	19	47,5
Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	20	50	20	50
El futuro me parece vago e incierto	24	60	16	40
Espero más bien épocas buenas que malas	25	62,5	15	37,5
No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	18	45	22	55

nivel, predominando en ellas el no confiar en hacer mejor las cosas, no proyectarse al futuro y reconocer un futuro oscuro, con cifras sobre el 50%. El detalle de la distribución de las sensaciones con las que se identificaron las mujeres se observan en la tabla 2.

En cuanto a la valoración de la autoestima, el 55% ($n = 22$) presentaba una autoestima baja, un 2,5% ($n = 1$) una autoestima media y un 42,5% ($n = 17$) una autoestima alta. Se destaca la incapacidad de sentirse con las mismas capacidades que otros

Tabla 3.
Variabilidad de las respuestas de autoestima evaluadas en la escala de Rosenberg
en una serie de 40 mujeres infértiles en Chile, 2012

Item	Muy de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo		Muy en desacuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás	19	47,5	2	5	19	47,5	-	-
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas	15	37,5	16	40	9	22,5	-	-
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	11	27,5	8	20	21	52,5	-	-
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	8	20	14	35	9	22,5	9	22,5
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a	7	17,5	23	57,5	1	2,5	9	22,5
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a	7	17,5	9	22,5	23	57,5	1	2,5
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a	4	10	10	25	15	37,5	11	27,5
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo	2	5	23	57,5	12	30	3	7,5
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil	2	5	21	52,5	10	25	7	17,5
10. A veces creo que no soy buena persona	2	5	19	47,5	10	25	9	22,5

en un 52,5% (n = 21); el 45% de ellas (n = 18) no tiene una actitud positiva hacia sí misma. La distribución detallada de las respuestas se observa en la tabla 3.

Respecto a los resultados del apoyo social percibido se observó que el 50% (n = 20) de las mujeres perciben un bajo apoyo social, un 20% (n = 8) un apoyo mediano y un 30% (n = 12) un alto apoyo social. Por dominio, la familia resultó una media de 12,85 puntos (mínimo 6 - máximo 16 puntos); los amigos, una media de 7,5 puntos (mínimo 5 - máximo de 14 puntos), mientras que el dominio otros arrojó una media de 13,1 puntos (mínimo de 6 - máximo de 16 puntos). En la tabla 4 se observa la distribución de las respuestas por dominio, identificando que los dominios: otros sig-

nificativos y familia son los que poseen percepción baja por sobre el 50%.

DISCUSIÓN

Es este estudio piloto en 40 mujeres con diagnóstico de infertilidad primaria estudiamos un grupo de mujeres adultas con edad promedio de 35 años, una alta frecuencia de sobrepeso y obesidad (65%), con nivel de educación superior y nivel socioeconómico medio y alto, aunque el apoyo social fue percibido como bajo en un 50%. El inicio de relaciones sexuales fue de 18,6 años. Los niveles de ansiedad fueron moderados o altos en el 57%, la desesperanza afectó al 62% de ellas y el 55% presentó baja autoestima.

La edad del grupo estudiado fue mayor que el promedio de 30,2 años descrito en un estudio

Tabla 4.
Distribución de las respuestas de la escala de apoyo social percibido de Zimet
en una serie de 40 mujeres infértiles en Chile, 2012

Dominio	Casi nunca		A veces		Con frecuencia		Casi siempre o siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Familia								
Mi familia realmente trata de ayudarme	3	7,5	12	30	10	25	15	37,5
Yo consigo ayuda emocional y apoyo de mi familia	8	20	8	20	14	35	10	25
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mi familia	5	12,5	16	40	10	25	9	22,5
La familia está siempre atenta a ayudarme en toma de decisiones	10	25	18	45	6	15	6	15
Amigos								
Mis amigos realmente tratan de ayudarme	3	7,5	23	57,5	12	30	2	5
Yo puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal	16	40	9	22,5	13	32,5	2	5
Yo tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y tristezas	24	60	6	15	6	15	4	10
Yo puedo conversar sobre mis problemas con mis amigos	20	50	5	12,5	15	37,5	-	-
Otros significativos								
Hay una persona especial a mi lado cuando estoy en necesidad	9	22,5	14	35	3	7,5	14	35
Hay una persona especial con quien compartir mis alegrías y tristezas	-	-	18	45	5	12,5	17	42,5
Tengo una persona especial que es una real fuente de consuelo y apoyo para mí	18	45	2	5	6	15	14	35
Hay una persona especial con quien puedo compartir mis sentimientos	11	27,5	4	10	4	10	21	52,5

venezolano publicado el año 2010, donde se evaluaron 100 mujeres infértiles (31), y que un estudio mexicano del año 2008 donde se estudiaron 220 mujeres infértiles que tienen un promedio de 29,6 años (32). Esta diferencia se podría explicar porque

las mujeres del presente estudio poseen un alto nivel educacional, lo que pudiera dar cuenta del retraso de la maternidad.

El peso de las mujeres estudiadas fue similar al encontrado en el estudio mexicano con 25,9 IMC

para este mismo grupo de mujeres (32), lo que reafirmaría la condición de malnutrición por exceso en este grupo de mujeres infértiles.

El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue menor que en el estudio mexicano, que fue de 22,1 años (32). Otro estudio en población mexicana publicado el 2011, muestra que el inicio de la vida sexual en el 75 % de los casos fue a los 20 años (33). Situación que difiere del grupo en estudio, lo que puede señalar que en este grupo social en Chile la vida sexual activa de los jóvenes podría estar iniciando cada vez más precozmente. Nuestro dato es consistente con el presentado en la encuesta nacional de jóvenes en el año 2010, se describe que el 86,3 % se inicia antes de los 19 años de edad (34).

Respecto a las condiciones de salud mental se pudo observar que la ansiedad severa estuvo presente en cifras similares a las encontradas en el estudio realizado en Irán en 208 mujeres infértiles, quienes en el 45,8 % de los casos presentaron altos niveles de depresión y de ansiedad (35). Por otro lado, un estudio realizado en población noruega, publicado a principios del año 2015, en 12.584 mujeres entre 19 y 45 años, mostró que el 40 % de estas mujeres presentan niveles de ansiedad severa, y el 60 % presenta cifras de desesperanza elevada (36). Respecto a esta última, la frecuencia encontrada en nuestro estudio es consistente con la descrita en un metaanálisis publicado en el año 2011, que incluyó 3583 mujeres infértiles, en el cual el 55 % presentaban nivel de desesperanza alto. En este estudio, los autores describen que muchas de estas pacientes buscan ayuda médica para manejar esta situación, ya que atribuyen que la desesperanza contribuye al fracaso en un tratamiento para lograr el embarazo, por lo que solicitan ayuda (13).

En un estudio publicado en 2013, realizado en 1406 parejas infértiles, donde se investiga la asociación desesperanza-infertilidad, se encontró que el 11,6 % presentaba desesperanza elevada (37). En el presente estudio, la desesperanza alta es muy superior (62,5 %), situación que se puede explicar al tratarse de un grupo pequeño y que no incluye parejas.

En cuanto a la baja autoestima, nuestra cifra es similar a la encontrada en un estudio realizado a 158 mujeres infértiles en Berlín, en el año 2014, en donde se observó que el 55,8 % presentan baja autoestima (38).

Respecto al apoyo social percibido, en este estudio se determinó que el 50 % percibe bajo apoyo, mientras que en un estudio publicado el año 2014, en 238 mujeres infértiles de Chicago, se determinó que el 56,4 % de los casos percibía bajo apoyo social (39). Así, el apoyo social se transforma en una dimensión necesaria de ser evaluada en toda mujer diagnosticada con infertilidad.

Como fortaleza del estudio se tiene la utilización de un instrumento diseñado específicamente para medir la ansiedad, autoestima, desesperanza y apoyo social que ha sido validado en Chile. Como limitaciones tenemos un tamaño muestral pequeño, la poca generalización de los datos y un alto riesgo de sesgos de selección derivado de una no participación mayor al 50 % de la población candidata a ingresar al estudio.

CONCLUSIONES

En mujeres de clase media alta con infertilidad se encontraron importantes niveles de ansiedad, desesperanza y baja autoestima, como también percepción de poco apoyo social. Esta información plantea la necesidad de evaluar en las mujeres infértiles estos aspectos de la salud mental a través de instrumentos validados.

Se necesita mayor investigación en esta población con diferente nivel educacional y económico. Sobre todo hoy en día, que en Chile se está comenzando a brindar prestación sanitaria a parejas infértiles en el sistema público de salud.

REFERENCIAS

1. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. *Hum Reprod.* 2009;24:2683-7.

2. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril*. 2009;92:1520-4.
3. World Health Organization: Report of the meeting on the prevention of infertility at the primary health care level. Geneva: WHO/MCH; 1984.
4. Te Velde ER, Eijkemans R, Habbema HDF. Variation in couple fecundity and time to pregnancy, an essential concept in human reproduction. *Lancet*. 2000;355:1928-9.
5. Hull MG, Glazener CM, Kelly NJ, Conway DI, Foster PA, Hinton RA et al. Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985;291:1693-7.
6. Miyamoto T, Tsujimura A, Miyagawa Y, Koh E, Namiki M, Sengoku K. Male Infertility and Its Causes in Human. *Adv Urol*. 2012;2012:384520.
7. Ministerio de Salud de Chile. Guía para el estudio y tratamiento de la infertilidad. Programa nacional de la mujer; 2015.
8. Fuentes GA. Fecundidad y fertilidad: aspectos generales. *Rev Med Clin Condes*. 2010;337-46.
9. Begun BN, Hasan S. Psychological problems among women with infertility problema: a comparative study. *J Pak Med Assoc*. 2014;1287-91.
10. Wischmann TH. Psychogenic Infertility: Myths and Facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 2003;20:485-94.
11. Marsch B. Possible psychogenic aspects of infertility. *Fertility and Sterility*. 1951;2:70-9.
12. Greil AL. Infertility and Psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science and Medicine*. 1997;45:1967-704.
13. Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. Emotional distress in infertile woman and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*, 2011;342:d223.
14. Virues R. Estudio sobre ansiedad. *Rev psicología clínica y psicoterapia*. 2005;56:17-22.
15. Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundström Poromaa I. Prevalence of psychiatric disorders in infertile woman and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Hum Reprod*. 2008;23:2056-63.
16. Bonet J. Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima. Cantabria: Sal Terrae; 1997.
17. Monroy A. Estadios psicológicos de la pareja infértil. *Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología*. 2013;20:12-49.
18. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21:293-308.
19. Romero RR, Romero GG, Abortes MI, Medina SH. Factores de riesgo asociados con infertilidad femenina. *Rev Ginecol Obstet Mex*. 2008;76:717-21.
20. Matorras WR, Coroleu B, Romeu A, Pérez F. Libro blanco sociosanitario. La infertilidad en España: situación actual y perspectivas. Madrid: Sociedad Española de Fertilidad; 2011.
21. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:893-7.
22. Sanz J, Navarro M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2003;29:239-88.
23. Leyfer OT, Ruberg JL, Woodruff-Borden J. Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2006;20(4):444-58.
24. Vera-Villaruel P, Celis-Atenas K, Córdova-Rubio N, Buela-Casal G, Spielberger CD. Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. *Terapia Psicológica*. 2007;25:155-62.
25. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler LJ. The measurement of pessimism: The hopelessness scales. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42:861-5.
26. Vohringer P, Medina S, Alvear K, Espinosa C, Riu-malio P, Alexandrovich K, et al. Estudio chileno de la validación de la escala Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Rev GPU*. 2008;4:339-44.

27. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 1965.
28. Rojas CA, Zegers B, Förster CE. La escala de autoestima de Rosenberg: validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Méd Chile*. 2009;137:791-800.
29. Reblin M, Uchino BN. Social and Emotional Support and its Implication for Health. *Current opinion in psychiatry*. 2008;21:201-5.
30. Arechabala M, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Cienc Enferm*. 2002;8:49-55.
31. Urdaneta JM, Vera JC, García JI, Babel NZ, Contreras AB. Insulina resistencia en mujeres infértiles. *Rev Chilena de Obstet*. 2010;75:153-61.
32. Romero R, Abortes I, Medina G. Factores de riesgo asociados con infertilidad femenina. *Rev Ginecol Obstet Mex*. 2008;76:717-21.
33. Villa GO. Perfil de salud reproductiva. México, Consejo Nacional de Población (Conapo); 2011. p. 41-64.
34. Instituto Nacional de la Juventud. Sexta Encuesta Nacional de Juventud Santiago: Instituto Nacional de la Juventud (INJUV); 2010.
35. Maroufizadeh S, Karimi E, Vesali S, Omani Samani R. Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing Infertility. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;130:253-6.
36. Biringer E, Howard LM, Kessler U, Stewart R, Mykletun A. Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trøndelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015;36:38-45.
37. Brennan D, Peterson CS, Sejbaek MP, Schmidt L. Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Hum Reprod*. 2014;29:76-82.
38. Wischmann T, Schilling K, Toth B, Rösner S, Strowitzki T, Wohlfarth K. Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2014;74:759-63.
39. Erdem K, Ejder Apay S. Sectional Study: The Relationship between Perceived Social Support and Depression in Turkish Infertile Women. *Int J Fertil Steril*. 2014;8:303-14.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.