

Estudio comparativo de los indicadores clínicos de la satisfacción marital en parejas infértiles

Comparative study of clinical indicators of marital satisfaction on infertile couples

Jorge Carreño-Meléndez

Cecilia Mota-González, Claudia Sánchez-Bravo

Instituto Nacional de Perinatología, México

Resumen

Con el objetivo de establecer indicadores clínicos para la satisfacción marital en parejas infértiles, se evaluó a 138 parejas mediante un diseño multivariado. Se aplicó el inventario de autoconcepto, rol de género, escala de ansiedad y el cuestionario de satisfacción marital y se compararon los resultados por mujeres y hombres. Se empleó la prueba *t* Student y el análisis discriminante. Más mujeres están fuera del punto de corte y con menor satisfacción marital. La prueba *t* mostró diferencias. Se obtuvieron dos matrices, una de mujeres y otra de hombres. En las mujeres, se muestra que el autoconcepto, la ansiedad rasgo, roles masculino y sumisión, ansiedad-estado y rol femenino, son discriminados para la satisfacción marital; y, para los hombres, el autoconcepto, la ansiedad estado, rol femenino, ansiedad rasgo, roles de sumisión y masculino. El autoconcepto es el indicador clínico con mayor peso en mujeres y hombres para la satisfacción marital.

Palabras clave: satisfacción marital; infertilidad; autoconcepto; papel de género.

Abstract

With the objective of establishing clinical indicators for marital satisfaction on infertile couples a total of 138 couples were evaluated by means of a multivariate design to define clinical indicators for marital satisfaction on infertile couples. The applied inventory included the following: self-concept, gender roles, an anxiety scale and a questionnaire on marital satisfaction, results of which were compared between men and women. Both a Student's *t*-test and a discriminant analysis were employed. There are more women above the cut-off point with less marital satisfaction. The *t*-test displayed differences and two matrixes were obtained, one for women and one for men. The former resulted in self-concept, anxiety traits, submission, masculine role, and anxiety state and the feminine role being discriminated when measuring marital satisfaction whereas for men, self-concept, a state of anxiety, the feminine role, anxiety traits, submission and the masculine role are discriminated. Self-concept is a heavyweight clinical indicator in both men and women for marital satisfaction.

Keywords: marital satisfaction; infertility; self-concept; gender roles.

Jorge Carreño-Meléndez, Cecilia Mota-González, Claudia Sánchez-Bravo, Instituto Nacional de Perinatología, México.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a: Jorge Carreño-Meléndez, Instituto Nacional de Perinatología, México. Correo electrónico: jocame2003@gmail.com



Un indicador de la calidad de vida es cuando las parejas son capaces de describir que, durante el tiempo que llevan de relación, están satisfechas sobre la elección y sobre las formas de cómo se expresan en las distintas áreas de interacción en la convivencia. Cuando dos personas deciden vivir juntas, son múltiples las tareas que deben enfrentar para alcanzar la satisfacción; un obstáculo para ello pueden ser las diferencias de género, las cuales, durante varias décadas, se creyó que eran naturales y determinadas genéticamente (Díaz-Loving et al., 1994). Esa percepción ha ido cambiando a medida que las investigaciones describen que la vida emocional, en ambos géneros, tiene similitudes, y que los rasgos de género pueden ser los mismos descriptores para hombres y mujeres, ya que se comparten (Díaz-Loving & Rocha, 2004). En las parejas, una forma de operacionalizar su estudio es midiendo aspectos que comparten, como la satisfacción marital; se ha demostrado que, tanto hombres como mujeres, al compartir características instrumentales y afectivas, se convierten en sujetos de análisis en forma conjunta (Hoffman et al., 2000).

La satisfacción marital, entendida como la actitud que un individuo tiene hacia su relación y su cónyuge, es un indicador de peso para reconocer la integración de la pareja, y puede ser pronóstico cuando se está frente a problemas que deben ser resueltos de manera conjunta (Flores, 2011). Tal es el caso de la infertilidad, que por sí misma provoca un estado de estrés y otros cambios de orden psicológico, pero que, además, al complicarse con la insatisfacción marital, puede impactar negativamente la autoestima y el autoconcepto en ambos sexos (Arranz et al., 2009; González et al., 2009).

Las investigaciones sobre la vida en pareja muestran que un factor para describir la relación como satisfactoria es no tener hijos o tenerlos en un número reducido (Ávila et al., 2009; Mora et al., 2013). Por otro lado, el proceso de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad lleva a las parejas a un cambio en el estilo de vida, sobre todo por la cronicidad, pues alrededor de 30% de ellas presentan alteraciones en el área sexual y relacional (Gibson, 2007).

La mujer y el hombre dan diferentes respuestas frente al problema de infertilidad; las reacciones estarán matizadas por los recursos de apoyo social con que cuentan las personas. Cuando la pareja pasa por un proceso de tratamiento para concebir un hijo o cuando la infertilidad es definitiva, los índices de bienestar y satisfacción con la vida son aún más bajos en comparación con población abierta (Kraaij et al., 2008; Schmidt, 2013).

Se ha observado que las parejas en tratamiento, evaluadas seis meses después del fracaso reproductivo con buen ajuste marital y estabilidad, no tenían cambios significativos; al contrario, las parejas con mal ajuste marital mostraron ansiedad y depresión, con un incremento significativo de estos síntomas en la mujer (Fusun, 2007).

Cuando se evalúa el estrés percibido en parejas en tratamiento de reproducción asistida, los niveles entre hombres y mujeres no son estadísticamente significativos; es decir, tienen la misma percepción estresante (Arranz et al., 2009). Como se observó en una muestra de hombres infértiles que están en tratamiento, y sometidos a evaluación genética, los niveles de ansiedad se mantienen, independientemente de los resultados alentadores (Fusun, 2007).

La pareja se constituye como recurso fundamental para generar seguridad y bienestar, ya que influye de manera directa tanto en la forma en la que se afrontará una situación como en el estado de

ánimo (Flores, 2011). Al respecto, las investigaciones proponen que la satisfacción en las parejas es mayor cuando no tienen hijos.

El objetivo de la presente investigación fue buscar indicadores clínicos, personales, como el autoconcepto y el rol de género, y los niveles de ansiedad que pueden contribuir al conocimiento de la satisfacción marital en parejas infértiles y aislar las contribuciones del autoconcepto, papel de género y la ansiedad rasgo y estado en la satisfacción marital.

Método

Mediante un diseño multivariado ex post facto con un tipo de estudio transversal y comparativo, se evaluó a 138 parejas infértiles que son pacientes de una institución del sector salud de tercer nivel de atención.

Participantes

Se seleccionaron, mediante un tipo de muestreo intencional, a aquellas parejas que lograron reunirse en un periodo de dos años. La muestra total quedó integrada por 138 mujeres y 138 hombres que cumplieron con los criterios de inclusión: tener más de un año de vivir juntos, ser mayores de edad, asistir a consulta con la pareja y que no tuvieran hijos con la actual pareja.

Procedimiento

Una vez que se acepta y se firma el consentimiento informado, se les comunicó que, si alguno de ellos mostraba valores fuera del punto de corte de los instrumentos, se les llamaría para ofrecerles tratamiento psicológico sin costo. Posteriormente, se aplicaron los instrumentos, indicando que no podían tener comunicación entre ellos durante la aplicación, se ubicaron en lugares separados de consulta externa.

Instrumentos

Inventario Multifásico de Satisfacción Marital (Cortés et al., 1994). Construido en población mexicana, establece la diferencia de insatisfacción y satisfacción marital. Según los autores, la validez de constructo se realizó mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal de tipo varimax, con una varianza explicada del 68% y una alfa de .98 por lo que el instrumento es confiable y válido. Contiene 48 reactivos, con una escala de respuesta tipo Likert, con cinco opciones de respuesta que van de 1 (me disgusta mucho) a 5 (me gusta mucho), distribuidos en seis factores: interacción conyugal, físico-sexual, organización-funcionalidad, familia, diversión, hijos. En cuanto a la puntuación, si esta es de 188 o más, los sujetos tienen satisfacción; y con 187 o menos se clasifican como insatisfechos.

La Escala de Evaluación del Autoconcepto de Tennessee (Fitts, 1965) tiene una amplia aplicación con poblaciones clínicas y no clínicas. Por ser una prueba que ha tenido adaptaciones en diferentes escenarios, muestra consistencia interna y evalúa los marcos de referencia interno y externo; la validez del instrumento se llevó a cabo mediante cuatro procedimientos el de contenido, discriminación entre los grupos, correlación con otras medidas de personalidad como el MMPI con una correlación de .52

y mediante análisis factorial. El resultado total es el más importante del perfil de autoconcepto, con una alta consistencia interna. Con valores de 60 o menos se tiene un autoconcepto bajo y los valores por arriba de 75 o más en puntuación T es un autoconcepto alto.

Inventario de masculinidad feminidad [IMAFE] (Lara, 1993). Es una escala de 60 reactivos con siete opciones de respuesta tipo Likert. El objetivo para el diseño del instrumento fue medir, de manera confiable y válida en población mexicana, características femeninas y masculinas. Se centra en características de personalidad que, de una manera sobresaliente, se atribuyen al hombre o la mujer. La asignación del rol de género se da a partir de las medias que se realizan por edad y estado civil; para los hombres, van de un valor de 2.68 cuando no tienen el rasgo y 4.80 cuando es un rasgo predominante. Para las mujeres casadas, un valor de 2.95 son las que no predomina el rasgo y 4.53 el rasgo de orientación de género predominante. De las cuatro subescalas, la que obtenga mayor puntaje será la orientación de género predominante.

Inventario Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberg et al., 1980). El instrumento es uno de los más utilizados para medir, en forma diferenciada, las características de ansiedad rasgo y estado. La ansiedad estado se conceptualiza como una condición transitoria y la ansiedad rasgo es una condición permanente, y es la diferencia individual entre las personas para responder a situaciones que son percibidas como amenazantes. Así, una puntuación de 46 o menos indica ansiedad de leve a moderada. Por último, si se obtiene una puntuación de 46 o más, indicaría un estado severo de ansiedad. La escala muestra estabilidad en el tiempo cuando se compara con otras escalas para medir ansiedad una correlación de .75 hasta .80.

Análisis

Los procedimientos estadísticos realizados se hicieron comparando mujeres y hombres. Se aplicó la prueba *t* de Student para conocer las diferencias entre ellos. Las variables que resultaron estadísticamente significativas se procesaron mediante un análisis discriminante.

Resultados

Los resultados de las variables sociodemográficas fueron autorreportados y se distribuyeron de la siguiente manera: el 75.4% de los participantes eran casados, el resto vivía en unión libre; el tiempo de vivir juntos fue de 6.73 (± 3.97) años. El tiempo de infertilidad fue de 6.72 (± 3.22) años.

Las mujeres tuvieron una media de edad de 30.81 (± 4.79), la media de escolaridad fue de 11.88 (± 3.28); en cuanto a la ocupación, el 80.6% se dedicaba al hogar y el 19.4% reportó un trabajo remunerado.

Para los hombres, la media de edad fue 33.83 (± 5.29), la media de escolaridad fue de 11.80 (± 3.67) años; 95.8 % trabajaba fuera de la casa y, dentro de ella, el 4.2%. La frecuencia y el porcentaje fuera del punto de corte por sexo para el resto de las variables se observa en la Tabla 1.

INDICADORES CLÍNICOS DE SATISFACCIÓN MARITAL EN PAREJAS INFÉRTILES

Tabla 1
Frecuencia y porcentaje fuera del punto de corte

Variable	Mujeres n = 138	Hombres n = 138
Masculino alto	20 (14.5%)	46 (33.3%)
Femenino alto	26 (18.4%)	15 (10.9%)
Machismo alto	24 (17.4%)	25 (18.1%)
Sumisión alto	22 (15.9 %)	11 (8.0%)
Ansiedad estado alta	35 (25.4%)	21 (15.2%)
Ansiedad rasgo alta	33 (23.9%)	9 (6.5%)
Autoconcepto bajo	30 (21.7%)	19 (13.8%)
Insatisfacción marital	73 (52.9%)	56 (40.6%)

Para la segunda parte del análisis, se aplicó la prueba t de Student para observar las diferencias entre mujeres y hombres. En todas las dimensiones de los instrumentos no hubo diferencias en la orientación de género de machismo, por lo cual se excluyó de posteriores análisis (ver Tabla 2).

Tabla 2
t de Student diferencias significativas entre mujeres vs hombres

Escala	Mujeres n = 138	Hombres n = 138	Valor de t	p
Masculino	66.12	74.63	-4.78	.000*
Femenino	79.95	76.63	1.97	.050**
Machismo	42.08	44.68	-1.62	.106
Sumisión	41.64	36.48	3.71	.000*
Ansiedad rasgo	39.42	33.76	4.86	.000*
Ansiedad estado	38.28	34.76	3.32	.001*
Autoconcepto	345.66	355.89	-2,05	.041**
Satisfacción marital	4.05	4.21	-2.52	.012**

p *≤ .01, **≤.05

Finalmente, se realizaron dos procedimientos de análisis discriminante, uno para mujeres y otro para hombres. Como variables independientes, se incluyó el autoconcepto, la orientación de género masculinidad, femenino y sumisión; la ansiedad fue analizada tanto el rasgo como el estado, ya que son dos manifestaciones distintas, como dependiente la satisfacción marital clasificada según los puntos de corte del instrumento.

Para las mujeres, se obtuvo una función con seis variables que explican el 100% de las diferencias, un autovalor de .334, una lambda Wilks de .750 y una correlación canónica de .500 con una significancia de $p = .001$, lo que permitió rechazar la hipótesis nula. Los coeficientes estandarizados mostraron que el autoconcepto es la variable que más contribuyó a diferenciar los grupos con .948 y la matriz de estructura de la función discriminante con seis variables de mayor peso para la satisfacción marital en mujeres. Los centroides mostraron mujeres satisfechas .608 y mujeres insatisfechas -.541, con un 68% correctamente clasificado, lo que indica que la satisfacción marital en mujeres se relaciona con el adecuado autoconcepto, la ansiedad rasgo baja, la orientación de masculino elevada, la sumisión baja, ansiedad estado baja y la orientación de feminidad alta (ver Tabla 3).

Tabla 3

Componentes de la satisfacción marital en mujeres

Variable	Función
	1
Autoconcepto	.948
Ansiedad rasgo	-.666
Masculino	.642
Sumisión	-.630
Ansiedad estado	-.582
Femenino	.443

Nota. Análisis discriminante.

Para los hombres, se realizó un análisis para discriminar las variables que intervienen en la explicación y se obtuvo una sola función con seis variables que explican el 100% de la diferencia entre los sujetos del grupo, con un autovalor de .426, una Lambda Wilks de .701, una correlación canónica de .547, con una significancia de $p = .001$, lo que permitió rechazar la hipótesis nula. Los coeficientes estandarizados (equivalentes a los coeficientes beta del análisis de regresión múltiple) muestran que el autoconcepto es la variable que más contribuyó a diferenciar los grupos con .588 y la matriz de estructura indica seis variables con mayor peso para explicar la satisfacción marital. Los centroides muestran (hombres satisfechos .536 vs. insatisfechos -.734) con un valor positivo para los primeros y negativos

para los segundos con 73% de casos correctamente clasificados. Lo anterior indica que la satisfacción marital en los hombres tiene relación con el adecuado autoconcepto, ansiedad estado baja, orientación de género de feminidad alto, ansiedad rasgo baja, sumisión baja y alta orientación de masculinidad.

Tabla 4
Componentes de la satisfacción marital en hombres

Variable	Función
	1
Autoconcepto	.833
Ansiedad estado	-.681
Femenino	.665
Ansiedad rasgo	-.504
Sumisión	-.483
Masculino	.365

Nota. Análisis discriminante

Discusión

Los resultados obtenidos confirman las diferencias que se han reportado entre mujeres y hombres en cuanto al bajo autoconcepto y el incremento en los síntomas de ansiedad e insatisfacción marital (Wischmann et al., 2012). También, con este estudio, se corrobora lo reportado en otras investigaciones en cuanto a que es la mujer la que presenta mayor sintomatología con respecto a los hombres, independientemente del evento reproductivo (Lintsen et al., 2009). Además, el autoconcepto en las mujeres, con respecto a su pareja, es más bajo en una relación aproximada de dos mujeres por un hombre.

Si se parte de la concepción de que el autoconcepto se constituye a partir de dos referentes: el interno, que es la adquisición temprana, y el externo, que está más en contacto con la vida social, entonces puede fluctuar por los eventos cotidianos y los conflictos que se dan en la relación de pareja. Ahora bien, al encontrarse una relación directa entre la satisfacción marital y el autoconcepto alto (Lara, 1993), se encontró que, en las parejas que son tratadas por infertilidad, el referente externo del autoconcepto es inestable debido a los resultados del tratamiento, lo cual repercute en la satisfacción marital.

La satisfacción marital no es solamente un comportamiento instrumental, es donde confluyen los aspectos personales y relacionales de la pareja; además, está condicionada por un amplio grupo de indicadores, como podría ser la forma de percibir una situación: cuando cada miembro de la pareja lo hace de una manera diferente, se generan mayores niveles de insatisfacción (Flores, 2011). En la cotidianidad, las personas evalúan continuamente su relación y a su compañero en el desempeño efectivo y en el instrumental (Armenta, 2012).

En las parejas que están en tratamiento por infertilidad, los hombres, en forma repetida, reportan mayor satisfacción marital (Pelham et al., 2005). Lo mismo ocurre en las observaciones en población abierta, donde los hombres reportan mayor satisfacción en su relación marital con respecto a las mujeres (Lintsen et al., 2009).

El autoconcepto, tanto en hombres como en mujeres, juega un papel importante, ya que por medio de él se reporta y asocia la presencia de sintomatología psicológica; es a través de este constructo que se puede explicar una amplia gama de características psicológicas para ambos sexos. El bajo autoconcepto, sin ser un problema de salud mental, es un indicador clínico de peso para establecer una estrategia de intervención para las parejas que están en tratamientos para lograr un embarazo.

Por otro lado, la ansiedad estado responde a eventos del entorno y es pasajera, teniendo en cuenta que se presenta cuando una circunstancia rebasa los recursos de adaptación de una persona (Pelham et al., 2005), por lo que se considera un recurso adaptativo normal; sin embargo, también puede comprometer la satisfacción marital, ya que su expresión clínica se da modificando la conducta, observando estados frecuentes de mal humor, irritabilidad, necesidad de descarga verbal inmediata y labilidad emocional de curso pasajero. Una vez desaparecido el evento causante el comportamiento, vuelve a su estado original (DSM-V, 2013).

En cuanto a la ansiedad rasgo, esta es una característica de personalidad relativamente estable que se adquiere tempranamente y que habla de cómo las personas responden a los eventos que perciben como amenazantes (Spielberg et al., 1980). Los tratamientos para lograr un embarazo son una fuente de ansiedad constante para las mujeres que se someten a ellos, lo que puede convertir a la ansiedad en crónica y derivar en síntomas depresivos (Wischmann et al., 2012). En las mujeres participantes de la presente investigación, la ansiedad rasgo resultó ser un importante indicador clínico para la satisfacción marital debido a la asociación encontrada entre estas variables, que muestra que los síntomas no son derivados de un evento en concreto, como puede ser la infertilidad, sino de un rasgo de personalidad (ansiedad rasgo) que se expresa de una manera generalizada y permanente, que puede también comprometer la salud mental (Agudelo et al., 2007). Algo importante que destaca este estudio es que el género está incidiendo en el resultado, ya que la ansiedad se presenta en una relación aproximada de tres mujeres por un hombre.

Por lo anterior, el tratamiento de infertilidad puede ser un elemento disruptivo en la relación, puede incrementarse cuando los síntomas secundarios en la mujer se manifiestan síntomas de irritabilidad, labilidad emocional y descarga verbal inmediata hacia su pareja (Agudelo et al., 2007; Nolen-Hoeksema, 2001).

Los roles de género en sí mismos no son una psicopatología, también son adquisiciones tempranas, independientes del sexo biológico y no son rígidos; son combinaciones de los cuatro papeles posibles (masculino, femenino, machismo y sumisión), aunque uno de ellos es el que marca una forma principal de auto describirse, identificarse y guiar los comportamientos sociales esperados (Díaz-Loving et al., 1994). Aunque los menos deseables para ambos géneros son el machismo y la sumisión, en esta investigación la orientación de machismo en la comparación de mujeres vs. hombres presentó valores similares y quedó excluida para los posteriores análisis por no tener diferencias.

El papel de género de la sumisión (Hoffman et al., 2000) se presentó en una proporción de dos mujeres por un hombre, es una fuente importante que actúa negativamente para la satisfacción marital y para la satisfacción en diversas situaciones de su vida cotidiana. También, incide en la valoración de sí misma y en los niveles de ansiedad (Nolen-Hoeksema, 2001). Esta orientación no es solo un comportamiento, es un rasgo de personalidad y funciona de una manera permanente. Su manifestación clínica se puede observar en la relación asimétrica, esto la coloca en desventaja frente a su pareja, al considerar que ella es la responsable de todo lo que no funciona dentro de la diada (Lara, 1993).

En las mujeres, el rol que contribuye de manera importante para la satisfacción marital es el de masculinidad, ya que es la parte que socialmente se espera que tenga conductas instrumentales; es decir, de resolución a los problemas que se van presentado en la vida cotidiana (Díaz-Loving & Rocha, 2004) lo que incrementa la satisfacción marital y la sensación de valía.

Por otro lado, algunas mujeres manifiestan (cuando no tienen hijos) que tener y cuidar a los hijos es fundamental; sin embargo, las mujeres que los tienen refieren otras fuentes de ajuste de su valoración y gratificación (Mora et al., 2013). El desempeño de una mujer con un componente de rol masculino tiene implicaciones, ya que no son comportamientos sino características de personalidad ligadas al papel de género, necesarias para describirse en una sensación subjetiva de valía (González et al., 2009).

En los hombres, el rol de género femenino alto contribuye de manera importante en la satisfacción marital debido a que se muestran sensibles y complacientes, buscan de manera frecuente el contacto afectivo como una forma de comportamiento permanente y no ocasional, al quedar integrado como un rasgo de personalidad y no como un estado. (Hoffman et al., 2000).

Para concluir, una limitación del trabajo se presenta al no evaluar la funcionalidad sexual para establecer la importancia en la satisfacción marital total en combinación con los antecedentes del autoconcepto. Como principales hallazgos del estudio, puede afirmarse que la satisfacción marital no solo responde a la interacción de pareja, también el autoconcepto contribuye de manera importante a que las mujeres y los hombres puedan reportar sentirse satisfechos en su relación. Las mujeres presentan un autoconcepto menor con respecto a los hombres y mayores niveles de ansiedad, lo que las coloca en vulnerabilidad frente a los tratamientos para lograr un embarazo.

Cuando las parejas están bajo tratamiento para lograr un hijo, y el reporte de autoconcepto es bajo (Tao et al., 2012), también habrá insatisfacción marital, lo que es indicador específico para proporcionar atención psicológica y, de esta manera, mejorar la calidad en la relación de las parejas que tienen que enfrentar un problema reproductivo en las mejores condiciones emocionales (Sameer et al., 2011).

Contribución de autores

Jorge Carreño-Meléndez ha realizado la conceptualización y diseño de la investigación, procesos estadísticos y redacción final del documento. Cecilia Mota-González ha colaborado en la revisión y corrección de la estructura y redacción del artículo. Claudia Sánchez-Bravo colaboró en el diseño de investigación del protocolo, así como en el del artículo, realizó revisiones de literatura para la elaboración del marco teórico y participó en la revisión final del artículo para su envío.

Referencias

- Agudelo, D., Buena, C. G., & Spielberg, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental, 30*(2), 33-41.
- Armenta, H. C. (2012). ¿De qué manera el contexto afecta a la satisfacción con la pareja? *Suma Psicológica, 19*(2), 51-62.
- Arranz, L. L., Ruiz, O. J., Aguirre, R. W., Gaviño, G. F., Gaviño, A. S., & Moreno G. D. (2009). Estrés percibido en mujeres en quienes realizarán tratamientos de reproducción asistida y sus parejas. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 14*(3), 117-120.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ávila, S. R., Miranda, H. P., & Juárez, S. A. (2009). Contribución del número de hijos a la magnitud de la satisfacción marital. *International Journal of Psychological Research, 2*(1), 35-43.
- Cortés, S. M., Reyes, D. R., Díaz-Loving, R., Rivera, A. S., & Monjaraz, C. J. (1994). Elaboración y análisis psicométrico del inventario multifacético de satisfacción marital (IMSM). *La Psicología Social en México, 5*, 123-130.
- Díaz-Loving, R., Rivera, A. S., & Sánchez A. R. (1994). Género y pareja. *Revista de Psicología Contemporánea, 1*(2), 4-15.
- Díaz-Loving, R., & Rocha, S. T. (2004). Réplica y extensión de la Escala de Rasgos de Instrumentalidad y Expresividad. *La Psicología Social en México, 10*, 80-88. AMEPSO.
- Fitts, W. H. (1965). Self-Concept Scale. *Nashville Counselor Recording and Test Manual*. Western Psychological Services.
- Flores, G. M. (2011). Comunicación y conflicto: ¿Qué tanto impactan en la satisfacción marital? *Acta de Investigación Psicológica, 1*(2), 216-232.
- Fusun, T. (2007). Anxiety of infertile men who undergo genetic testing for assisted reproductive treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 28*(3), 147-153.
- Gibson, M. D. (2007). The relationship of infertility and Death: Using the Relational/ Cultural Model of Counseling in marking meaning. *The Humanistic Psychologist, 35*(3), 275-289.
- González, C. G., Carreño, M. J., Sánchez, B. C., & Morales, C. F. (2009). Un estudio comparativo del autoconcepto en mujeres con esterilidad primaria y pérdida gestacional recurrente. *Psicología y Salud, 19*(2), 295-302.
- Hoffman, R. M., Borders, L. D., & Hattie, J. A. (2000). Re-conceptualizing femininity and masculinity: From gender roles to gender Self-Confidence. *Journal of Social Behavior & Personality, 15*(4), 19-27.

INDICADORES CLÍNICOS DE SATISFACCIÓN MARITAL EN PAREJAS INFÉRTILES


- Instituto Nacional de Perinatología. (1990). *Manual de normas y procedimientos en ginecología*. INPer.
- Kraaij, V., Garnefski, N., & Vlietstra, A. (2008). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: a prospective study. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 29(1), 9-16. <https://doi.org/10.1080/01674820701505889>
- Lara, C. A. (1993). *Inventario de masculinidad-feminidad. [Inventory of masculinity-femininity]*. Manual Moderno.
- Lintsen, A. M., Verhaak, C. M., Eijkemans, M. J., Smmenk, J. M., & Braat, D. D. (2009). Anxiety and depression have no influence on the cancellation and pregnancy rates of a first IVF or ICSI treatment. *Human Reproduction*, 24(5), 1092-1098.
- Mora, M., Rivera, M., & Gómez, M. (2013). *La satisfacción marital y los recursos psicológicos en las parejas con y sin hijos pequeños en pro del bienestar familiar*. http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1022_079-096.pdf.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Diferencias de género en la depresión. *Direcciones actuales en ciencia psicológica*, 10(5), 173-176. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142>
- Sameer, V., Bodhare, T., Bele, S., & Sai, S. (2011). An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality in women. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 4(2), 80-85.
- Schmidt, L. (2013). Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction. *Lancet (London, England)*, 367(9508), 379-380. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68117-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68117-8)
- Spielberg, A., Martínez, U. F., González, R., Natalicio, L., & Díaz, G. R. (1980). *Inventario Ansiedad Rasgo-Estado*. Manual Moderno.
- Pelham, B. W., Koolw, S. L., Hardin, C. D., Hetts, J. J., Seah, E., & Hart, T., (2005). Gender moderates the relation between implicit and explicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 41, 84-9.
- Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2012). Investigating marital relationship in infertility: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Reproduction & Infertility*, 13(2), 71-80.
- Wischmann, T., Korge, K., Scherg, H., Strowitzki, T., & Verres, R., (2012). A-10-year follow-up study of psychological factors affecting couples after infertility treatment. *Human Reproduction*, 27(11), 3226-3232. <https://doi.org/10.1093/humrep/des293>


Recibido: 20 de febrero de 2023


Revisión recibida: 22 de febrero de 2024

Aceptado: 19 de marzo de 2024

Sobre el autor y las autoras:

Jorge Carreño-Meléndez  es autor y coautor de 100 artículos publicados. Investigador asociado B de los Institutos Nacionales de Salud, Dr. en Psicología y especialista en Psicoterapia, líneas de investigación esterilidad femenina, y violencia psicológica femenina y psicoterapia grupal.

Cecilia Mota-González  es investigadora del Sistema Nacional de Investigadores del CONAHCYT. Es investigadora en Ciencias Médicas adscrita a la Coordinación de Investigación en Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, México. Posee una licenciatura en Psicología, una maestría en Psicología General Experimental y un doctorado en Psicología. Principales líneas de investigación: Desarrollo y complicaciones del Proceso de Duelo Perinatal, y Psicología y Salud Reproductiva.

Claudia Sánchez-Bravo  es investigadora en Ciencias Médicas adscrita a la Coordinación de Investigación en Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, México, institución avocada a la investigación y manejo de pacientes de alto riesgo reproductivo. En la Coordinación de Investigación en Psicología ha desarrollado la línea de investigación de disfunciones sexuales y problemas de pareja, además de colaborar en líneas de investigación de duelo perinatal y pacientes con esterilidad. Dra. en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, U.N.A.M.

Publicado en línea: 8 de mayo de 2024