

# **Estudi comparatiu de l'impacte psicològic de la infertilitat en homes i dones: desajust emocional i recursos adaptatius**

Treball de Final de Grau en Psicologia

Anna Maldonado Plaza

Tutor: Dr. Sergi Corbella

Grau en Psicologia

FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull

Universitat Ramon Llull, Blanquerna

Barcelona, 2023

### **Agraïments**

Aquest camí hauria estat molt més complicat sense el suport de totes i cada una de les persones que m'han acompanyat incondicionalment aquests mesos. Voldria expressar el meu agraïment al Dr. Sergi Corbella pel seu coneixement expert, la seva motivació i confiança, així com la seva paciència i optimisme. També vull reconèixer la generosa col·laboració de la mostra involucrada; la seva participació, temps i disposició per a compartir les seves experiències ha permès aportar un granet de sorra en aquesta causa que avui dia es troba en auge. Igualment, vull agrair a les Associacions *Red de Infértiles* i *Endofest* per brindar-me el seu suport en l'obtenció de la mostra i expressar en tot moment la seva voluntat de col·laborar en la recerca. El més profund agraïment als meus pares, a la meva parella, a la Selma, a la Maria, a la Judit, a la Laura, a la Sarah, a l'Aitana i al Martí. El seu amor, comprensió i confiança plena han estat un pilar fonamental al llarg de tota la meva trajectòria acadèmica així com en el repte de la investigació. Gràcies per recordar-me dia a dia qui soc i qui puc arribar a ser. Finalment, i probablement més important, a la Núria, la meva germana, per ser la persona més valenta que existeix i la meva motivació per dur a terme aquest estudi. Ella fa més de tres anys que lluita per aconseguir el seu somni de ser mare.

A qui dediqui una estona del seu valuós temps en la lectura d'aquest treball; gràcies per donar sentit i valor a tot el meu esforç i dedicació.

## **Estudi comparatiu de l'impacte psicològic de la infertilitat en homes i dones: desajust emocional i recursos adaptatius**

**Anna Maldonado Plaza**

FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Blanquerna

### **Resum**

Al voltant de cent vuitanta-sis milions de persones arreu del món pateixen infertilitat (OMS, 2020). La tendència creixent de la prevalença arreu del món motiva la necessitat d'investigar en profunditat les repercussions que pateixen les persones des d'una perspectiva integradora, més enllà d'un enfocament mèdic. Concebre l'ésser humà com a un ens patidor dona una visió parcial del subjecte (Moreno-Rosset et al., 2008). Per això, la perspectiva escollida inclou aquells recursos a disposició del subjecte que s'activen per fer front a situacions vitals crítiques. La present investigació té com a objectiu avaluar l'impacte psicològic en homes i dones infèrtils, incloent-hi el desajust emocional, els recursos adaptatius, l'estrès i l'autoestima, per mitjà d'un disseny quantitatiu, transversal, descriptiu i comparatiu. La mostra està composta per 161 persones que pateixen la malaltia ( $M=37.13$ ) i 231 de població general ( $M=33.89$ ). Els instruments emprats són el Qüestionari de Desajust Emocional i Recursos Adaptatius (*DERA*), l'Escala d'Estrès Percebut (*EEP-10*) i l'Escala d'Autoestima de Rosenberg (*EAR*). Els resultats mostren que les persones amb infertilitat pateixen més desajust emocional i estrès percebut, mentre que disposen de nivells més baixos d'autoestima. Alhora, s'aprecia que disposar de recursos adaptatius, com ara un suport social favorable (parella, amics, família i especialistes), esmorteix els efectes negatius citats. Així mateix, són les dones les qui pateixen nivells més elevats de desajust emocional i estrès, i nivells més baixos d'autoestima envers els homes.

**Paraules clau:** infertilitat, gènere, impacte psicològic, desajust emocional, recursos adaptatius, estrès, autoestima.

### Abstract

Around one hundred and eighty-six million people worldwide suffer from infertility (WHO, 2020). The increasing trend in prevalence worldwide motivates the need for in-depth research into the repercussions suffered by people from a holistic perspective, beyond the medical approach. Conceiving the human being as a suffering entity gives a partial view of the subject (Moreno-Rosset et al., 2008). Therefore, the chosen approach includes those resources available to the subject that are activated to deal with critical life situations. The aim of this research is to evaluate the psychological impact on infertile men and women, including emotional distress, adaptive resources, stress and self-esteem, by means of a quantitative, cross-sectional, descriptive and comparative design. The sample is composed of 161 people suffering from the disease ( $M=37.13$ ) and 231 from the general population ( $M=33.89$ ). The instruments used were the Questionnaire of Emotional Distress and Adaptive Resources (*DERA*), the Perceived Stress Scale (*EEP-10*) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (*EAR*). The results show that people with infertility suffer more emotional distress and perceived stress, while they have lower levels of self-esteem. At the same time, it was found that having adaptive resources, such as favourable social support (partner, friends, family and specialists), mitigates the aforementioned negative effects. Likewise, it is women who suffer higher levels of emotional distress and stress, and lower levels of self-esteem than men.

**Key words:** infertility, gender, psychological impact, emotional distress, adaptive resources, stress, self-esteem.

## Introducció

Per la majoria de persones, tenir descendència constitueix un element transcendental a les seves vides (Malina et al., 2016). Així i tot, no sempre és possible aconseguir un embaràs de manera ràpida i natural, la qual cosa obliga les parelles a reformular les seves expectatives amb relació a la paternitat, la maternitat i totes les implicacions que això comporta (Díaz & García, 2011).

La infertilitat és una problemàtica de salut mundial amb prevalença i incidència creixents que afecta de manera contundent a milions de persones de tot el món (Kristin & Alice, 2018; Malina et al., 2016). L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2020) la defineix com "una malaltia del sistema reproductor masculí o femení que consisteix en la impossibilitat d'assolir un embaràs després de dotze mesos o més de relacions sexuals sense ús de mètodes anticonceptius".

Actualment, s'estima que entre 48 milions de parelles i 186 milions de persones pateixen infertilitat arreu del món (OMS, 2020). En concret, al voltant del 15 % de la població occidental que es troba en edat reproductiva es veu afectada per aquesta malaltia, xifra que, segons dades epidemiològiques, s'espera que continuï augmentant de forma exponencial les dècades vinents (Oliveira & Scrolini-Comín, 2021; Szatmári et al., 2021). La Societat Espanyola de Fertilitat (SEF, 2019) apunta que a Espanya una de cada sis parelles presenta complicacions davant del somni de ser pares. De fet, segons l'Oficina Europea d'estadística (Eurostat, 2020), el país se situa com el segon territori de la Unió Europea amb la taxa més baixa de fertilitat, equivalent a 1,23 fills per dona; nombre que va en tendència descendent en tot el territori Europeu.

Si bé es pot accedir a certes dades de predominança, es considera rellevant remarcar la dificultat d'oferir taxes acurades i significatives. Això es deu, en primer lloc, al fet que moltes persones no són conscients de patir la malaltia, a causa de, principalment a l'absència de

repercussions físiques negatives que aquesta comporta (Ortega & Barraca, 2014). En segon terme, Greil et al. (2010) exposen que les definicions biomèdiques occidentals d'infertilitat sovint exclouen certes persones dels països en desenvolupament, així com grups minoritaris en països desenvolupats, on poden existir factors educatius i culturals que impedeixen el reconeixement de la infertilitat. En darrer lloc, trobem que encara hi ha moltes persones que viuen en silenci la seva problemàtica a causa dels tabús i les pressions socials relacionades amb la maternitat i paternitat que encara avui en dia romanen a la nostra societat (Kristin & Alice, 2018; Uribebarrea, 2008).

Establir les causes de l'increment de la prevalença és una tasca complicada. Encara que existeixen autors (Chachamovich et al., 2010; Ortega & Barraca, 2014; Uribebarrea, 2008) que assenyalen que la raó principal deriva de la tendència a retardar l'edat de procrear, resulta difícil aïllar l'etiologia del problema essent éssers integrats bio-psico-socialment. Aquesta afirmació permet assumir l'existència d'un ampli rang de factors que podrien dificultar la concepció (veure Annex 1). Rooney i Domar (2022) i Greil et al. (2010) posen el focus en l'existència de factors emocionals negatius derivats del diagnòstic i tractament, com ara l'estrès o l'ansietat, que disminueixen la probabilitat d'assolir l'embaràs.

Una altra perspectiva és aquella que contempla que els elements psicològics no només poden estar involucrats en la gènesi de la malaltia, sinó que per si mateixa provoca un impacte emocional en la vida de la persona (Cousineau & Domar, 2007). La infertilitat acostuma a ser percebuda com una crisi vital important que afecta la qualitat de vida de les persones que la sofreixen (Kristin & Alice, 2018; Vizheh et al., 2015). Malgrat que no sol manifestar simptomatologia física i no causa limitacions funcionals a qui la pateix, les dificultats a l'hora de reproduir-se de manera natural així com els tractaments de reproducció assistida, poden generar alteracions multidimensionals complexes en diversos àmbits de la vida de les persones (biològic, econòmic, psicològic i social) (veure Annex 1). Així doncs, es

desencadena una intensa interferència en la vida de les persones implicades (Aparicio et al., 2009).

Per més que sigui complicat predir l'impacte psicològic que tindrà en la persona, hi ha determinats aspectes que resulten coincidents en els estudis de la infertilitat; els quadres depressius i ansiosos, l'autoestima, l'estrès, les relacions de parella, els trets de personalitat i el suport social (Barra & Vaccaro, 2013; Cousineau & Domar, 2007; Espada & Moreno-Rosset et al., 2008; Massarotti et al., 2019; Sharma & Shrivastava, 2022; Ying et al., 2015).

Les principals alteracions emocionals estudiades en casos d'infertilitat se centren en l'avaluació de l'ansietat i la depressió. Alguns estudis (Chachamovich et al., 2010; Edelmann & Connolly, 2000; Greil et al., 2010; Oddens et al., 1999; Ying et al., 2015) comparen els nivells d'ansietat i depressió que sofreixen les parelles infèrtils vers les fèrtils i conclouen que existeixen majors nivells d'humor depressiu i simptomatologia ansiosa en les primeres. Resultats similars es troben en la població espanyola per Moreno-Rosset et al. (2008) i Aparicio et al. (2009). Tanmateix, no totes les recerques obtenen acaballes en aquesta direcció; l'estudi de Verhaak et al., 2007 (citada a Aparicio et al., 2009) suggereix que no existeixen diferències en la psicopatologia de depressió i ansietat. Aquest podria ser amb motiu de que sovint els quadres clínics no corresponen del tot amb el diagnòstic pur d'aquests trastorns Moreno-Rosset et al. (2008). Això, segons Barra i Vaccaro (2013), podria comportar un sobrediagnòstic d'alteracions emocionals normals en moments crítics vitals. En relació amb això, Ortega i Barraca (2014) destaquen que la prevalença de trastorns psicològics és igual entre la població clínica i la general.

És per això, que Moreno-Rosset et al. (2008) introdueixen el concepte de Desajust emocional, entenent-se com un malestar emocional significatiu que és producte d'un esdeveniment vital estressant i que no compleixen els criteris per al diagnòstic psicopatològic. Segons les mateixes autores, un període de desajust emocional, quan les

circumstàncies excedeixen als nostres recursos o expectatives, resulta adaptatiu i esperable, i en la majoria dels casos es resoldrà sense problema. El risc apareixerà quan aquesta situació estressant es prolongui en el temps sense disposar de recursos adaptatius per afrontar-la (Jenaro et al., 2009).

En afegit, nivells alts d'estrès solen estar associats al patiment de la malaltia, però sobretot als Tractaments de Reproducció Assistida; el cost, la durada del tractament, els canvis hormonal i les esperes són factors que agreugen aquesta simptomatologia (Cousineau & Domar, 2007). Estudis citats a Barra i Vaccaro (2013), confirmen que aquests nivells poden variar depenent del moment del procés en què es trobin així com poden veure's reduïts si es disposa de bons recursos d'afrontament (Sharma & Shrivastava, 2022; Ying et al., 2015).

En la mateixa línia, estudis pioners en el tema (Edelmann & Connolly, 2000; Cousineau & Domar, 2007; Greil et al., 2010; Sharma, & Shrivastava, 2022), demostren que la població clínica compta amb nivells més baixos d'autoestima i autopercepció negativa que la població general.

Finalment, l'esfera sexual dins de les parelles infèrtils es pot veure afectada per les repercussions negatives que comporta la malaltia. Segons Luk i Loke (2015) en la seva revisió de 6 estudis, corroboren que l'efecte negatiu de la infertilitat impacta en la sexualitat de les parelles. Iordachescu et al., 2021 i Yeoh et al. (2014) exposen que les parelles poden experimentar una disminució de la freqüència, espontaneïtat i desig sexual així com una menor satisfacció a causa de l'estrès i l'ansietat associats amb la infertilitat i els seus tractaments. Tanmateix, autors com (Jenaro et al., 2008), defensen que una bona sexualitat en parella pot resultar un recurs adaptatiu que faciliti l'afrontament dels desajustos emocionals soferts.



Donades les diferències biomèdiques dels processos de socialització i les expectatives de rol de gènere, és raonable sospitar que les dones i els homes poden respondre de manera diferent a la infertilitat (Arroyo & Castañeda, 2021; Greil et al., 2010; Jisha & Thomas, 2016; Moreno-Rosset et al., 2011). Malgrat una menor existència d'estudis que tinguin en consideració l'experiència dels homes, investigacions recents han ampliat la perspectiva integrant-los en les avaluacions. Aquestes assenyalen que, en general, les dones tenen experiències més negatives en la majoria de les variables disposant de nivells més alts de simptomatologia depressiva, estrès, ansietat i estigma, així com una pitjor percepció del self (Aparicio et al., 2009; Edelman & Connolly, 2000; Greil, et al., 2010; Moreno-Rosset et al., 2011; Odeens et al. 1999; Ortega & Barraca, 2014; Ying et al., 2015).

A més, en l'esfera sexual, una de les recerques (Lee & Sun, 2000 citat a Luk & Loke), afegeix que les dones amb infertilitat expressen un major nivell d'insatisfacció sexual que els homes. Aquestes, segons l'estudi de referència d'Odeens et al. (1999) apunten una disminució de l'interès, la satisfacció, plaer i espontaneïtat.

Com s'ha exposat fins ara, el plantejament més tradicional de la recerca sobre les malalties tendeix a centrar les investigacions a avaluar les repercussions negatives que aquestes generen a qui les pateixen, i, per tant, donen tan sols una visió parcial del subjecte (Moreno-Rosset et al., 2008). En efecte, el mateix succeeix en el cas de la infertilitat. Tal com corroboren Barra i Vaccaro (2013), són escassos els estudis que inclouen els recursos i fortaleces associats a l'afrontament de la infertilitat. En la mateixa línia, doncs, Seligman i Csikszentmihalyi (2000) apunten que cal tenir molt present que la persona que pateix una malaltia no és tan sols un ésser patidor, sinó que també és, en essència, un agent actiu que disposa d'estratègies per afrontar les situacions en què es troba immers. Així doncs, Meggo (2008) planteja que les fortaleces poden actuar de protectors i evitar que es desenvolupin

alteracions o trastorns psicopatològics encara que, transitòriament i mentre es produeix el procés d'adaptació a aquesta situació crítica, poden aparèixer emocions negatives.

Cal partir de la idea que, com qualsevol altra malaltia greu, la infertilitat suposa un esdeveniment estressant negatiu que, tal com s'ha descrit anteriorment, comporta cert grau d'amenaça (Castaño & del Barco, 2010). Davant aquest fet crític apareixen els recursos adaptatius, descrits per Barra (2004) com el conjunt d'esforços cognitius i conductuals canviants que es duen a terme per controlar les demandes específiques externes o internes que són avaluades com desbordants dels recursos dels individus. Trobem que existeixen disposicions de caràcter extern i modificable (suport social) o bé intern i estable (determinats trets de personalitat) que permeten a les persones afrontar els canvis provinents de la malaltia i el seu tractament (Moreno-Rosset et al., 2008). Aquests factors ajuden a gestionar les situacions i mantenir o recuperar el nivell de funcionament que presentaven abans de l'aparició de l'estressor en les distintes àrees de la vida (Barra & Vaccaro, 2013). L'adaptació, doncs, segons Brennan (2001), és entesa com a paradoxa, ja que l'aparició d'aquest esdeveniment vital advers pot ser al mateix temps una oportunitat de creixement personal.

Entre els factors adaptatius destaquen, per una banda, els recursos interpersonals (Brennan, 2001; Szatmári et al., 2021) descrits com aquells suports tant percebuts com obtinguts pel subjecte, que parteixen de la interacció del mateix amb el seu entorn i fonts d'adhesió (Moreno-Rosset et al., 2008). Nombrosos estudis (Espada & Moreno-Rosset, 2008; Meggo, 2008; Kristin & Alice, 2018) corroboren en les seves recerques que, al marge del suport de la parella, amics i família, la figura dels professionals de la salut mental esdevé molt beneficiosa en casos d'infertilitat. El suport assistencial mitjançant intervencions psicològiques resulten ser, doncs, considerablement eficaços per reduir la simptomatologia negativa personal, així com les dificultats que poden aparèixer en la parella (Jenaro et al., 2008; Moreno-Rosset, et al., 2011). Östberg i Lennartsson (2007) exposen que disposar de

diferents recursos interpersonals, beneficia l'estat psicològic, la cognició i la resposta a l'estrès i als estats emocionals negatius. Així doncs, s'afirma que disposar d'una bona (i variada) xarxa de suport esmorteix el desajust que comporta la infertilitat i el seu tractament (Iordachescu et al., 2021; Boivin et al., 2022). No obstant això, la recerca de Kristin i Alice (2018), contempla que la majoria de les persones infèrtils no comparteixen la seva història amb familiars, amics ni professionals de la salut mental, augmentant d'aquesta manera la seva vulnerabilitat psicològica.

Per altra banda, entre els factors personals, es poden identificar determinades característiques vinculades a la denominada "personalitat resistent" que inclouen dimensions com l'obertura a l'experiència, la tenacitat, l'energia o la percepció de control sobre els esdeveniments (Moreno-Rosset et al., 2008). Aquest patró de personalitat proporciona la motivació necessària per afrontar situacions estressants i convertir-les en una possibilitat de creixement (Maddi, 2006). Concretament, facilita la predisposició a la resolució de problemes i el manteniment d'una actitud d'autocura i integració, els quals juguen un paper molt important com a mecanisme de resiliència (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Les dades exposades no sols aporten informació sobre la necessitat de continuar investigant l'efecte negatiu que acompanya al diagnòstic i tractament de la infertilitat, sinó també conviden a fer recerca més exhaustiva al voltant dels recursos adaptatius que poden fomentar una millor adaptació a les circumstàncies vitals estressants relacionades, així com disminuir les conseqüències del desajust emocional (Aparicio et al., 2009). Havent estudiat l'existència de diferències de gènere en les repercussions que té aquesta malaltia, convé desatacar la importància de prendre en consideració la perspectiva d'ambdós membres per poder assolir una comprensió de la malaltia més ajustada i, si és precís, fer un abordatge terapèutic adaptat (Moreno-Rosset et al., 2008).

Amb tot això, la present recerca té com a objectiu principal avaluar l'impacte psicològic de la infertilitat en homes i dones des d'una perspectiva integradora, abordant tant el desajust emocional com els recursos adaptatius tenint en compte les diferències que poden aparèixer entre gèneres. Així mateix, es tindran en compte objectius i hipòtesis concretes; a) comparar les diferències en Desajust emocional, Recursos adaptatius (personals i interpersonals), autoestima i estrès percebut entre la població clínica i la població general (H1: la població clínica presentarà nivells més alts de desajust emocional, recursos adaptatius -interpersonals i personals- i estrès percebut que la població general; H2: la població clínica referirà pitjors nivells d'autoestima que la població general), b) comparar les diferències en Desajust emocional, Recursos adaptatius -personals i interpersonals-, autoestima i estrès percebut entre dones i homes (H3: les dones disposaran de més Desajust emocional i Estrès percebut que els homes; H4: els homes tindran dades més elevades en Autoestima que les dones), c) valorar en la població clínica la relació entre variables i les seves subescales (H5: en la mostra clínica les persones que disposin de majors puntuacions en Recursos adaptatius tindran menors nivells de Desajust emocional i d'Estrès percebut; H6: les persones amb infertilitat que puntuïn més alt en Suport de la família, Amics i la Sexualitat en parella, tindran menors puntuacions en Percepció i Externalització de l'ansietat, la Depressió i Pessimisme), d) ampliar les característiques de la població clínica.

## **Mètode**

### **Disseny**

La present investigació és de tipus quantitatiu, transversal, descriptiu i comparatiu que emprava una metodologia selectiva per mitjà del disseny d'una enquesta. El mostreig d'aquest estudi és de caràcter no probabilístic; per una banda, la cerca de la mostra de població clínica

(infèrtil) ha estat intencional i, d'altra banda, l'accés a la població general ha estat mitjançant la bola de neu.

## Participants

La mostra de l'estudi està constituïda per 392 subjectes amb edats compreses entre 25 i 45 anys ( $M=35.22$ ;  $DT=5.12$ ). El total està integrat per 291 dones ( $M=35.24$ ;  $DT=5.01$ ) i 101 homes ( $M=35.15$ ;  $DT=5.45$ ). Son 161 participants (41.07 %) els qui compleixen amb els criteris diagnòstics d'infertilitat segons l'OMS (2020) (població clínica), mentre que 231 (58.92 %) no presentaven aquesta dificultat en el moment de respondre el formulari (població general). La Taula 1 mostra altres característiques sociodemogràfiques que defineixen dita mostra.

### Taula 1.

#### *Dades sociodemogràfiques*

	<b>Població clínica</b> <i>n=161</i>	<b>Població general</b> <i>n=231</i>
<b>Edat</b> <i>M(DT)</i>	37.13 (4.08)	33.89 (5.36)
<b>Sexe</b> <i>n(%)</i>		
<i>Dones</i>	141 (87.57)	150 (64.93)
<i>edat M(DT)</i>	37.02 (4.05)	33.57 (5.26)
<i>Homes</i>	20 (12.42)	81 (35.06)
<i>edat M(DT)</i>	37.92 (4.30)	34.48 (5.12)
<b>Estudis</b> <i>n(%)</i>		
<i>Ed. obligatòria</i>	9 (5.59)	3 (1.29)
<i>Batxillerat</i>	6 (3.72)	5 (2.16)
<i>Cicle Formatiu</i>	33 (20.49)	48 (20.77)
<i>Grau</i>	64 (39.75)	103 (44.58)
<i>Màster</i>	43 (26.70)	65 (28.13)
<i>Doctorat</i>	6 (3.72)	7 (3.03)
<b>Parella</b> <i>n(%)</i>		
<i>Sí</i>	153 (95.03)	188 (81.38)
<i>No</i>	8 (4.96)	43 (18.61)
<b>Temps de relació</b> <i>anys M(DT)</i>	11.55 (5.84)	9.43 (6.55)
<b>Fills</b> <i>n(%)</i>		
<i>Sí</i>	38 (23.60)	96 (41.55)
<i>No</i>	123 (76.39)	135 (58.44)

*Nota. n=mida de la mostra; M=mitjana; DT=desviació típica*

Els subjectes que formen part de la població clínica apunten que el temps que duen cercant l'embaràs gira al voltant dels 41 mesos ( $M=41.01$ ;  $DT=26.52$ ). Un altre aspecte a ressaltar és el fet que el 43.47 % descriu que la causa de la infertilitat és femenina, el 20.49 % idiopàtica, el 16.14 % masculina, l'11.15 % mixta i el 8.96 % assenyala no haver-la explorat. La major part de la població infèrtil amb un 81.36 % del total, afirmen haver estat sotmesos a Tractament de Reproducció Assistida. Darrerament, el 59.01 % assegura no haver anat al psicòleg per causes relacionades amb la infertilitat mentre que un 40.99 % sí que ho ha fet.

Per poder formar part de la mostra de l'estudi va ser necessari el compliment dels següents criteris d'inclusió: a) trobar-se en una edat compresa entre els 25 i 45 anys, b) comprendre l'idioma del qüestionari (castellà) i c) acceptar respondre de manera voluntària el qüestionari, havent estat informat de la total confidencialitat de les dades que s'aportaven, essent aquestes tractades des de l'anònim i per a un únic fi acadèmic. Endemés, per considerar-se població clínica els participants havien de complir els criteris diagnòstics citats de l'OMS (2020).

## **Instruments**

Per la realització de l'estudi es van emprar els següents instruments d'avaluació:

*Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad* (DERA; Moreno-Rosset et al., 2008). Aquest instrument, en la seva versió original, permet mesurar el desajust emocional i recursos adaptatius dels subjectes. És el primer instrument creat a Espanya que proporciona una mesura fiable de les repercussions de la infertilitat des d'una perspectiva integradora. Aquest formulari d'autoadministració està compost per 48 ítems amb 5 opcions de resposta (escala Likert d'1 = absolutament fals a 5 = absolutament verdader) i permet conèixer el grau en què el subjecte considera fals o verdader cada un dels enunciats que se li presenten. El DERA consta de 4 escales; *Desajust emocional* (DE, 26

ítems que avaluen la simptomatologia depressiva i ansiosa -psicofisiològica, cognitiva i conductual- en les seves subescales de Percepció i Externalització de l'ansietat, la Depressió i el Pessimisme ( $\alpha=0.90$ ), *Recursos Personals* (RP, 11 ítems que descriuen característiques personals amb les subescales d'Obertura a l'experiència, Tenacitat, Percepció de control i l'Energia ( $\alpha=0.57$ )), *Recursos Interpersonals* (RI, 11 ítems que mesuren el suport percebut de la interacció amb fonts de recolzament i amb sí mateix, en les subescales de Suport d'amics, el Suport de la família, la Sexualitat de la parella i l'Afabilitat ( $\alpha=0.78$ )) i *Recursos Adaptatius* (RE, és la suma de RP i RI ( $\alpha=0.74$ )). La puntuació assolida en les escales situa a la persona en una posició baixa (percentil 25 o inferior), intermèdia (entre percentil 25 i 75) o alta (percentil 75 o superior). La consistència interna de l'escala global compta amb un coeficient d'alfa de Cronbach de 0.85 (Moreno-Rosset et al., 2009).

***Escala de Estrès Percibido-10 (EEP-10; Remor, 2006)*** com a versió abreujada i validada a l'espanyol de *The Perceived Stress Scale (PSS; Cohen et al., 1983)*. Aquest instrument és un dels més coneguts per quantificar l'estrès emocional com a resposta psicològica davant un estressor (com pot ser el diagnòstic d'una malaltia) tant en població general com en l'àmbit clínic (Pedrero et al., 2015). Aquest, mesura el grau d'estrès percebut en la vida quotidiana del subjecte durant el darrer mes, mitjançant 10 preguntes amb respostes tipus Likert amb 5 alternatives de resposta que oscil·len entre 0 = Mai i 4 = Mol sovint. L'aplicació permet obtenir una puntuació global del nivell d'estrès del subjecte. Posseeix apropiades qualitats psicomètriques; el coeficient d'alfa de Cronbach de l'escala global és de 0.89 (Remor, 2006).

***Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Morejón et al., 2004)*** com a adaptació i validació a l'espanyol de la *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE; Rosenberg, 1965)* per l'avaluació del grau d'autoestima. Per tal de donar resposta a les afirmacions plantejades al voltant dels sentiments de respecte i acceptació cap a un mateix, el participant selecciona als

10 ítems que la conformen el punt més idoni en què s'identifica d'una escala Likert amb quatre categories de resposta que oscil·len de l'1 = molt en desacord al 4 = molt d'acord. Les puntuacions menors a 25 punts descriuen una autoestima baixa mentre que les superiors a 30 consideren una autoestima alta. Aquesta escala disposa d'una estructura unifactorial que refereix l'autoavaluació general d'un mateix. La fiabilitat global d'aquest instrument en termes de consistència interna és bona ( $\alpha=0.87$ ) així com la fiabilitat test-retest ( $r=0.72$ ) (Morejón et al., 2004).

*Qüestionari Ad-hoc* per mitjà de la plataforma *Google Forms* dissenyat específicament pel present estudi. Amb l'objectiu de recollir dades específiques de la mostra, el formulari d'autoadministració en línia, constava d'una primera part comuna per a tota la mostra, que incloïa vuit preguntes referents a les dades sociodemogràfiques pertinents (edat, sexe, estudis, fills, parella, anys de relació i estat d'infertilitat). Destinada únicament a la població infèrtil, en la segona secció, se'ls plantejaven quatre qüestions que recollien aspectes concrets de la malaltia (temps de cerca de l'embaràs, causa de la infertilitat, tractament de reproducció assistida i tractament psicològic) (veure Annex 2).

## **Procediment**

Les qüestions sociodemogràfiques i les escales seleccionades (DERA, EEP-10 i EAR), van ser integrades en un formulari en línia dissenyat en l'aplicatiu *Google Forms*. L'instrument resultant va ser administrat a la població des de finals del mes de febrer de 2023 fins a mitjans de març del mateix any.

Prèviament a la seva difusió, amb la intenció de trobar els subjectes que complissin amb els criteris per formar part de la mostra clínica, es va dur a terme una cerca d'Associacions espanyoles de persones infèrtils i Clínicas de Reproducció Assistida mitjançant Internet i les xarxes socials. Les entitats escollides van ser contactades per correu



electrònic on se'ls explicava l'objecte de recerca i se les convidava col·laborar en el reclutament de la mostra. Amb la contribució de la *Red de Infértiles de España* i *Endofest* es va distribuir l'instrument descrit anteriorment amb els seus membres a través de les xarxes socials. Atès a la falta de resposta d'altres Associacions i Clínicas, se les va descartar del procés de reclutament de mostra.

Paral·lelament, a fi d'acollir les dades de la població general es va compartir l'instrument adherit a la present investigació a través d'aplicacions de missatgeria instantània i de xarxes socials (*Twitter*, *Linkedin*, *Instagram* i *Facebook*). Als mateixos subjectes se'ls va convidar explícitament a compartir-ho amb altres individus de característiques similars d'ambdós sexes, creant així un efecte de bola de neu.

### **Anàlisi de dades**

Les dades recollides en el qüestionari esmentat van ser buidades a una base de dades de *Microsoft Excel* per tal de ser tractades; es van dur a terme les recodificacions i càlculs pertinents de les puntuacions de les escales emprades (DERA, EEP-10 i EAR). Amb el fi de procedir a l'anàlisi dels resultats es va fer ús del programa estadístic *Jeffrey's Amazing Statistics Program* (JASP; versió 0.16.4).

Per tal d'estudiar les característiques de la mostra, es va elaborar una anàlisi descriptiva de les dades sociodemogràfiques així com de les puntuacions obtingudes dels diversos instruments (mitjana i desviació típica per a les variables quantitatives; percentatges per aquelles qualitatives).

Altrament, es va examinar la normalitat de les variables quantitatives mitjançant la prova de normalitat Kolmogorov–Smirnov. Es va seleccionar aquesta prova de normalitat en virtut de l'extensa grandària de la mostra (Hanusz & Tarasińska, 2015). A partir dels estadístics aconseguits es determinà que les variables quantitatives incloses en les hipòtesis

no es distribuïen segons la llei de la normalitat ( $p < .05$ ) i, per tant, s'optà per fer les anàlisis amb proves no paramètriques.

Per l'aprofundiment en les característiques sociodemogràfies així com per contrastar les hipòtesis 1, 2, 3 i 4, d'acord amb l'afirmació anterior, es va dur a terme la prova U Mann-Whitney. Amb aquesta, es van avaluar les diferències entre mitjanes de les variables quantitatives (puntuacions d'escala i subescala i temps de cerca de l'embaràs) tenint en compte les diferències qualitatives (gènere, infertilitat i TRA).

Darrerament, amb l'objectiu de valorar les hipòtesis 5 i 6 i conèixer la possible existència de relació entre les diferents escales i subescala dels qüestionaris emprats, es va utilitzar la prova estadística Rho d'Spearman.

Cal tenir en consideració que totes les hipòtesis plantejades van ser contrastades amb un interval de confiança del 95 % ( $\alpha = 0.05$ ).

## **Resultats**

Amb voluntat d'aprofundir en les característiques de la mostra clínica, s'ha pogut copsar que existeix una correlació significativa baixa ( $r = 0.199; p < .05$ ) entre el Temps de cerca de l'embaràs i el Pessimisme, sent aquesta l'única variable que es troba significativament relacionada amb el Temps de cerca. D'aquesta manera es pot interpretar que major temps de cerca de l'embaràs implica nivells més alts de pessimisme. En afegit, cal destacar les diferències significatives existents en les puntuacions d'Estrès percebut ( $W = 2468.000; p < .05$ ) entre les persones que s'han sotmès a Tractaments de Reproducció assistida ( $M = 22.72$ ) vers les que no n'han rebut ( $M = 19.56$ ). Així doncs, la població clínica que ha rebut TRA pateix nivells més alts d'estrès que aquells qui no n'han rebut.

**Taula 2.***Diferències de mitjanes entre la població clínica i general*

	<b>Població clínica</b> <i>n=161</i> <i>M (DT)</i>	<b>Població general</b> <i>n=231</i> <i>M (DT)</i>	<b>W (p)</b>
<b>DESAJUST EMOCIONAL</b>	70.41 (18.55)	57.26 (16.17)	26.229.000***
<i>Percepció ansietat</i>	24.22 (7.01)	20.35 (6.71)	24.434.000***
<i>Externalització ansietat</i>	18.75 (6.24)	16.77 (4.87)	21.767.500**
<i>Depressió</i>	17.60 (5.72)	13.01 (4.43)	27.170.500***
<i>Pessimisme</i>	9.20 (3.29)	7.11 (2.79)	25.379.000***
<b>RECURSOS ADAPTATIUS</b>	81.42 (8.40)	82.43 (9.98)	16.859.500 (.116)
<b>R. PERSONALS</b>	38.51 (4.40)	37.45 (5.58)	20.416.500 (.098)
<i>Obertura a l'experiència</i>	10.32 (2.21)	10.76 (2.11)	16.702.500 (.083)
<i>Tenacitat</i>	11.39 (1.92)	11.33 (2.14)	18.762.000 (.879)
<i>Percepció de control</i>	11.86 (1.99)	10.70 (2.67)	23.265.000***
<i>Energia</i>	4.89 (1.75)	4.64 (1.78)	20.286.500 (.121)
<b>R. INPERSONALS</b>	42.93 (5.88)	44.98 (6.017)	14.319.500***
<i>Suport amics</i>	12.03 (2.30)	12.52 (2.29)	16.225.500**
<i>Suport familiar</i>	12.80 (1.92)	13.07 (1.85)	16.831.500 (.102)
<i>Sexualitat a la parella</i>	6.61 (2.13)	7.63 (1.83)	13.266.000***
<i>Afabilitat</i>	11.49 (1.99)	11.74 (1.95)	16.980.000 (.139)
<b>AUTOESTIMA</b>	28.49 (5.64)	31.77 (5.39)	12.413.500***
<b>ESTRÈS PERCEBUT</b>	22.13 (7.21)	17.27 (6.66)	2027.500***

Nota. n=mida de la mostra; M=mitjana; DT=desviació típica // p=valor de significació. [\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001]

L'anàlisi de les dades assolides (vegeu Taula 2), evidencien l'existència de diferències entre les puntuacions de les variables avaluades de la població clínica i les de la població general.

En comparar les puntuacions obtingudes en Desajust emocional, es confirmen diferències estadísticament significatives ( $p<.001$ ) entre grups, disposant les persones infèrtils puntuacions considerablement més altes ( $M=70.41$ ) que la població general ( $M=57.26$ ).

D'igual manera, totes les seves subescales (Percepció i externalització de l'ansietat, Depressió i Pessimisme) disposen de diferències estadísticament significatives entre grups, adoptant les persones infèrtils nivells més elevats en totes elles. Realçant les diferències en les puntuacions en Depressió per sobre les altres - $M=17.6$  (clínica);  $M=13.01$  (general)-.

D'altra banda, es consideren diferències significatives en l'escala de Recursos Interpersonals

( $p < .001$ ), en què la població clínica presenta puntuacions inferiors ( $M=42.93$ ) que la població clínica ( $M=44.98$ ). En les seves subescales, destaquen les diferències significatives en el Suport d'amics ( $p < .01$ ) i la Sexualitat en la parella ( $p < .001$ ) en què la població general disposa de puntuacions superiors. En la mateixa línia, les puntuacions en Autoestima també mostren diferències significatives entre les mitjanes dels grups ( $p < .001$ ), exposant que la població amb problemes d'infertilitat tenen nivells més baixos d'autoestima ( $M=28.49$ ) que la població general ( $M=31.77$ ). En afegit, hi ha diferències estadísticament significatives en les puntuacions d'Estrès percebut ( $p < .001$ ) que suggereixen que les persones que pateixen infertilitat tenen major nivell d'estrès ( $M=22.13$ ) que les que no en pateixen ( $M=17.27$ ). En darrer lloc, cal ressaltar que, les persones amb infertilitat presenten puntuacions significativament superiors ( $M=11.86$ ) en la subescala Percepció de control ( $p < 0.001$ ) vers les que no en pateixen ( $M=10.70$ )

Contràriament, a la resta de variables, no s'han observat diferències significatives de mitjanes entre els dos grups. No obstant això, val la pena fer èmfasi que en les escales de Recursos Adaptatius ( $p=.116$ ) i Recursos Personals ( $p=.098$ ) les persones que pateixen la malaltia tenen mitjanes inferiors a les que no la pateixen.

### Taula 3.

*Percentils i diferències de mitjanes entre homes i dones amb infertilitat*

	Població clínica		W (p)
	Dones <i>n</i> =141 <i>M</i> ( <i>DT</i> ) <i>P</i>	Homes <i>n</i> =20 <i>M</i> ( <i>DT</i> ) <i>P</i>	
<b>DESAJUST EMOCIONAL</b>	72.04 (18.59) P <sub>75</sub>	58.90 (13.80) P <sub>60</sub>	2.008.500**
<i>Percepció ansietat</i>	24.80 (7.05)	20.10 (5.24)	1.979.500**
<i>Externalització ansietat</i>	18.94 (6.4)	17.35 (4.94)	1.594.500 (.345)
<i>Depressió</i>	18.01 (5.67)	14.75 (5.38)	1.883.000* (.015)
<i>Pessimisme</i>	9.30 (3.24)	8.50 (3.62)	1.609.500 (.306)
<b>RECURSOS ADAPTATIUS</b>	81.26 (8.40) P <sub>20</sub>	82.60 (8.53) P <sub>40</sub>	1.271.500 (.479)

<b>R. PERSONALS</b>	38.56 (4.51) P <sub>20</sub>	38.15 (3.58) P <sub>25</sub>	1.492.000 (.675)
<i>Obertura a l'experiència</i>	10.37 (2.21)	10.00 (2.17)	1.586.500 (.362)
<i>Tenacitat</i>	11.47 (1.89)	10.85 (2.43)	1.590.000 (.350)
<i>Percepció de control</i>	11.88 (2.02)	11.70 (1.83)	1.545.000 (.485)
<i>Energia</i>	4.83 (1.78)	5.35 (1.49)	1.167.500 (.208)
<b>R. INTERPERSONALS</b>	42.69 (5.73) P <sub>25</sub>	44.60 (6.78) P <sub>50</sub>	1.209.000 (.303)
<i>Suport amics</i>	11.97 (1.75)	12.40 (1.88)	1.340.500 (.718)
<i>Suport familiar</i>	12.81 (1.88)	12.70 (2.22)	1.426.000 (.936)
<i>Sexualitat a la parella</i>	6.44 (2.11)	7.80 (1.96)	923.500*
<i>Afabilitat</i>	11.45 (1.90)	11.80 (2.52)	1.260.000 (.439)
<b>AUTOESTIMA</b>	28.00 (5.55)	31.90 (5.18)	856.000**
<b>ESTRÈS PERCEBUT</b>	22.80 (7.03)	17.45 (6.87)	2027.500**

Nota. n=mida de la mostra; M=mitjana; DT=desviació típica; P= percentil // p=valor de significació. [\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001]

Centrant-nos en les dades assolides en la població clínica, es fa evident l'existència de diferències entre les puntuacions dels homes i dones (vegeu Taula 3).

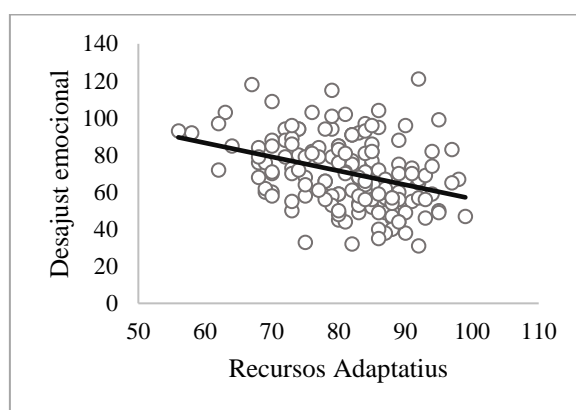
Avaluant les puntuacions obtingudes amb el DERA, es presenten diferències estadísticament significatives en Desajust emocional ( $p < 0.1$ ); les dones infèrtils tenen nivells alts ( $M=72.04; P_{75}$ ) de simptomatologia depressiva i ansiosa, mentre que els homes tenen puntuacions mitges ( $M=58.90; P_{60}$ ). En les subescales d'aquesta magnitud, únicament s'aprecien diferències significatives en Percepció de l'ansietat ( $p < .01$ ), en què les dones continuen puntuant més alt ( $M=24.80$ ) que els homes ( $M=20.1$ ). En la resta de subescales (Externalització de l'ansietat, Depressió i Pessimisme), encara que no existeixen diferències significatives entre mitjanes, les dones assoleixen puntuacions més elevades. Diferències significatives s'aprecien també en Autoestima ( $p < .01$ ) i Estrès percebut ( $p < .01$ ). En la primera, els homes disposen de nivells més alts d'autoestima ( $M=31.90$ ) que les dones ( $M=28$ ). I, en canvi, les dones que pateixen infertilitat tenen majors nivells d'Estrès percebut ( $M=22.80$ ) que els homes ( $M=17.45$ ). En últim lloc, s'identifica que en la subescala de Sexualitat en la parella hi ha diferències significatives ( $p < .05$ ), puntuant els homes ( $M=7.8$ ) més alt que les dones ( $M=6.44$ ). Si bé en la resta d'escales i subescales emprades no s'han trobat diferències estadísticament significatives cal apuntar que en la variable Recursos

adaptatius ( $p=.479$ ) i Recursos Interpersonals ( $p=.303$ ) les dones es troben per sota el percentil 25 (puntuacions baixes) mentre els homes se situen en el percentil 50.

Contràriament, en l'escala de Recursos Personals ( $p=.675$ ), tot i que els dos grups tenen puntuacions baixes, les dones ( $M=38.56;P_{25}$ ) tenen una mitja lleugerament més elevada que els homes ( $M=38.15;P_{15}$ ).

### Figura 1.

*Grau de dispersió entre puntuacions de Desajust emocional i Recursos adaptatius en la població clínica*



*Nota. n=161*

### Taula 4.

*Correlació Rho de Spearman de les escales DERA, EEP-10 i EAR en població clínica*

	<b>Recursos adaptatius</b>	<b>Recursos personals</b>	<b>Recursos Interpersonals</b>	<b>Autoestima</b>	<b>Estrès percebut</b>
<b>Desajust emocional</b>	-0.356***	-0.150 (.057)	-0.400***	-0.607***	0.771***
<b>Estrès percebut</b>	-0.364***	-0.616*	-0.406***	-0.573***	-

*Nota. Correlació Rho de Spearman (r) // n=161 // \* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$*

Els resultats estadístics obtinguts (veure Taula 4), indiquen l'existència de relacions entre les diferents escales emprades en l'instrument administrat. S'evidencia que el Desajust

emocional presenta correlacions significatives amb les variables: negativament moderada amb Recursos adaptatius ( $r=-0.356$ ;  $p<.001$ ) (vegeu Figura 1), Recursos interpersonals ( $r=-.400$ ;  $p<.001$ ) així com Autoestima ( $r=-.607$ ;  $p<.001$ ), i positivament alta amb l'Estrès percebut ( $r=.771$ ;  $p<.001$ ). Addicionalment, es perceben correlacions negatives significatives entre l'Estrès percebut i els Recursos adaptatius ( $r=-.364$ ;  $p<.001$ ), els Recursos personals ( $r=-.616$ ;  $p<.05$ ), els Recursos interpersonals ( $r=-.406$ ;  $p<.001$ ) i l'Autoestima ( $r=-.573$ ;  $p<.001$ ). D'aquesta forma es pot afirmar que una major puntuació en Recursos adaptatius, Recursos interpersonals i Autoestima impliquen puntuacions inferiors en Desajust emocional i Estrès percebut (i viceversa).

### Taula 5.

*Correlació entre les subescales de Desajust emocional i Recursos interpersonals en població clínica*

	Percepció ansietat	Externalització ansietat	Depressió	Pessimisme
<b>Suport amics</b>	-0.204**	-0.155*	-0.243**	-0.200*
<b>Suport família</b>	-0.267***	-0.169*	-0.229**	-0.323***
<b>Sexualitat parella</b>	-0.393***	-0.213**	-0.244**	-0.245***
<b>Afabilitat</b>	-0.111 (.0162)	-0.052 (0.513)	-0.204**	-0.214***

*Nota. Correlació Rho de Spearman (r) // n=161 // \* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$*

Amb la finalitat d'aprofundir en les dimensions de les escales pioneres del treball, tenint en compte les significacions anteriors, s'analitza la correlació entre les subescales de Desajust emocional i els Recursos interpersonals (incloses en l'escala total de Recursos adaptatius). Valorant les dades exposades en la Taula 5, es pot apreciar, en les persones que pateixen infertilitat, l'existència de correlacions significativament negatives entre les variables Percepció de l'ansietat, Externalització de l'ansietat, Depressió i Pessimisme amb el Suport de la família, Suport d'amics i la Sexualitat en la parella. Concretament, la correlació

significativament negativa més alta s'associa a la relació entre la Sexualitat en la parella i la Percepció de l'ansietat ( $r=-.393;p<.001$ ); podent afirmar, doncs, que a majors puntuacions en Percepció de l'ansietat, menys nivell de Sexualitat en la parella (i a la inversa). Cal matisar que l'Afabilitat únicament presenta correlacions significatives negatives amb la variable Depressió ( $r=-.204;p<.01$ ) i Pessimisme ( $r=-.214;p<.001$ ). Concloent, doncs, es pot inferir que a majors puntuacions de Suport d'amics i família i Sexualitat en la parella, s'obtidran menors puntuacions en la simptomatologia ansiosa i depressiva (i viceversa).

La resta de correlacions evidenciades entre les diferents subescales avaluades en el DERA es poden veure a l'Annex 3.

### **Discussió**

Quan les parelles prenen la decisió de ser pares i els seus intents resulten ser insatisfactoris al llarg dels mesos, una gran quantitat de somnis i il·lusions es veuen convertits en un cúmul d'experiències i emocions que impacten en diversos àmbits de les seves vides (veure Annex 1) (Aparicio et al., 2009; Sharma & Shrivastava, 2022). Més concretament, i centrant-nos en l'objectiu principal d'aquesta investigació, els resultats corroboren que la infertilitat suposa un fort impacte psicològic que afecta de manera diferent a ambdós gèneres.

Els resultats copsats suggereixen que hi ha diferències significatives en el desajust emocional entre la població que pateix infertilitat i la que no disposa d'aquesta dificultat. Tal com apunten diversos estudis (Oddens et al., 1999; Edelman & Connolly, 2000; Chachamovich et al., 2010; Greil et al., 2010; Ying et al., 2015), la simptomatologia ansiosa i depressiva és més comuna en aquests casos. En la present investigació es pot afirmar que la percepció i l'externalització de l'ansietat així com la clínica depressiva és més present en la



població que ens escau, coincidint així amb la definició de Moreno-Rosset, et al. (2008) de desajust emocional referent a l'existència de símptomes que generen malestar emocional significatiu en aquestes àrees. Amb tot, es pot inferir que les persones amb la malaltia pateixen més desajust emocional que la població general. Endemés, seguint en l'esfera psicològica, Barra i Vaccaro (2013) afirmen que els homes i dones que pateixen infertilitat expressen un major grau d'estrès que sol estar associat tant al patiment de la malaltia com als tractaments de reproducció assistida. En el mateix treball, corroborant les aportacions d'aquests autors, es destaca que les persones que han rebut aquests tractaments pateixen més estrès, que aquells qui no s'han sotmès a aquest procés. Altrament, nombrosos estudis (Greil et al., 2010; Edelman & Connolly, 2000; Sharma, & Shrivastava, 2022; Cousineau & Domar, 2007) determinen l'alteració de l'autoconcepte dels subjectes. En el present treball, es corrobora que les persones que pateixen aquesta malaltia disposen de nivells més baixos d'autoestima, validant, doncs, la hipòtesi 2 d'estudi.

Tanmateix, els resultats suggereixen que, malgrat que davant el desajust emocional se solin desplegar un ampli nombre d'estratègies i condicions personals que redueixin la simptomatologia negativa (Barra, 2004; Seligman i Csikszentmihalyi, 2000; Moreno-Rosset et al., 2008), en la recerca realitzada no existeixen diferències entre les persones que estan sofrint infertilitat i la població general. Així doncs, la mostra avaluada tot i disposar d'alts nivells de desajust emocional, no descriuen disposar de més recursos adaptatius.

Aprofundint en les característiques dels recursos adaptatius existents, s'observa que la població amb infertilitat puntua nivells més baixos de recursos interpersonals. Aquest fet podria estar explicat, en la línia del que aporten Kristin i Alice (2018), pel fet que encara avui hi ha un gran estigma en relació amb aquesta dificultat, la qual cosa comporta que les persones que la pateixen experimentin sentiments de soledat i incomprensió en el transcurs

del procés. A més, Uribe Larrea (2008) recolza que la pressió social relacionada amb la paternitat i maternitat causa que moltes de les parelles visquin la malaltia en silenci.

Amb tot, la hipòtesi 1, doncs, no pot ser validada; tot i l'existència de nivells més alts de desajust emocional i estrès percebut en la població d'estudi, no hi ha diferències entre els recursos adaptatius d'ambdues poblacions.

En relació amb el segon objectiu proposat, es conclou que la infertilitat impacta de forma diferent en homes i dones. En la línia d'investigacions anteriors (Greil et al., 2010; Jisha & Thomas, 2016; Moreno-Rosset et al., 2011), aquesta recerca també sosté que ambdós membres de la parella poden reaccionar de diferent manera a la situació crítica que suposa viure aquest fet estressant. Els resultats suggereixen, validant les hipòtesis 3 i 4 i d'acord amb Aparicio et al. (2009); Edelman i Connolly (2000), Greil et al. (2010), Moreno-Rosset et al. (2011), Oddens et al. (1999), Ortega i Barraca, 2014 i Ying et al. (2015), entre d'altres, que les dones pateixen nivells més alts de desajust emocional i estrès percebut que els homes així com nivells més pobres d'autoestima.

L'estrès, l'ansietat i la frustració fins ara descrits, poden afectar el desig sexual i la intimitat de la parella. La pressió per aconseguir l'embaràs i la necessitat de mantenir un rendiment sexual òptim poden convertir les relacions sexuals en un acte estressant en lloc d'una experiència plaent (Iordachescu et al., 2021). De la mateixa manera, els procediments mèdics i les visites freqüents als especialistes poden afectar l'espontaneïtat i la intimitat de les relacions (Luk & Loke, 2015). Així doncs, els resultats del present estudi van en la mateixa línia, existint diferències significatives entre ambdues poblacions, sent la població infèrtil la que expressa menors puntuacions en la sexualitat marital. Endemés, sostenint els estudis d'Oddens (1999) i Lee i Sun (citats a Luk & Loke, 2015), les dones de la població infèrtil expressen una major insatisfacció sexual en comparació amb els homes. En afegit, es demostra que és la variable amb una correlació inversa més potent d'entre totes les subescales

de recursos adaptatius posades en relació amb les subescales de desajust emocional. Aquesta relació negativa entre la sexualitat en la parella i la simptomatologia ansiosa i depressiva podria inferir que a nivells més alts d'efectes negatius, pitjor percepció de la sexualitat en la parella (i a la inversa).

Les diferències entre gèneres fins ara descrites es poden veure sustentades per diversos factors. Mentre que les dones tenen un fort desig de tenir un fill, els homes tendeixen a estar més preocupats per complir el paper social de ser pares, estant aquest relacionat amb el constructe de masculinitat i virilitat (Arroyo & Castañeda, 2021). A més, solen ser elles qui suporten la majoria de les proves i tractaments (Ying, et al., 2015), així com una major pressió social (Vizheh et al., 2015). Els mateixos autors afegixen que els homes responen a la infertilitat de la mateixa manera que ho fan a altres problemes mentre les dones consideren la infertilitat com un problema molt més impactant en les seves vides. S'ha argumentat, doncs, que l'experiència de les dones amb la infertilitat és més “directa”, mentre que l'efecte de la infertilitat en els homes és “indirecta”, a través de la relació amb les seves esposes (Greil et al., 2010).

D'altra banda, segons diversos autors (Barra & Biccario, 2013; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), la suma dels recursos adaptatius, incloent-hi els personals i els interpersonals, constitueix un dels més sòlids predictors de benestar i satisfacció subjectiva. En resposta a la hipòtesi 5, els resultats exposats evidencien l'existent relació inversa entre els recursos adaptatius i el desajust emocional així com entre els recursos adaptatius i l'estrès percebut. En conseqüència, i acceptant la hipòtesi plantejada, es pot afirmar que una major disposició de recursos adaptatius pot ser útil per a prevenir l'impacte del desajust emocional i l'estrès percebut o, si més no, fer que les seves implicacions siguin menys contundents. Contràriament, doncs, la carència de recursos adaptatius, tant personals com interpersonals

que facilitin l'ajust a la infertilitat, col·loca en una posició vulnerable a molts subjectes (Barra, 2004).

Tal com succeeix amb altres malalties, el suport social, exerceix un efecte directe en el benestar emocional i l'adaptació a la malaltia, la qual cosa pot escudar a les persones de les circumstàncies estressants. Així doncs, disposar de recursos socials d'afrontament, relacions de creixement, suport de la parella i la família, i tenir accés a professionals de la salut, contribueix a reduir l'estrès i l'angoixa psicològica associats amb la infertilitat i el seu tractament (Espada & Moreno-Rosset, 2008). Aquest fet s'ha vist sostingut amb els resultats de la present investigació que fan costat a la idea que els recursos interpersonalment estan inversament correlacionats amb el desajust emocional, de la mateixa manera que ho fan totes les seves subescales. Així doncs, es pot validar la hipòtesi 6 afirmant que un major suport d'amics, família i una millor qualitat en les relacions sexuals amb la parella, reduirà la simptomatologia ansiosa i depressiva. Darrerament, les dades aconseguides permeten reafirmar la rellevància de què les persones tinguin accés a una àmplia xarxa d'adhesió -com ara el suport d'especialistes en salut mental-, i no es limitin únicament al seu cercle més proper, per exemple, la parella (Moreno-Rosset et al., 2008). Malgrat la importància confirmada del suport psicològic (Meggo, 2008), dades assolides en el present estudi indiquen que només un 40.99 % de la mostra infèrtil hauria rebut suport psicològic durant el procés, fet que podria ser explicat per l'existència de tabús i pressions socials vinculades amb la maternitat i paternitat que encara avui en dia romanen a la nostra societat (Kristin & Alice, 2018; Uribe Larrea, 2008).

Finalment, caldria emfatitzar la idea que no es tracta de negar o obviar l'estat emocional negatiu que sol acompanyar aquestes situacions vitals traumàtiques (Boivin et al., 2022), sinó de la importància d'ampliar l'enfocament plantejat fins ara. Seria crucial posar el focus en la inclusió d'aspectes constructius tot cercant en els recursos de les persones -interns

o externs- la manera de contrarestar el malestar ocasionat per la malaltia i propiciar una major qualitat de vida. No podem oblidar, tal com cita Brennan (2001), que el trànsit d'aquest esdeveniment vital advers pot ser al mateix temps una oportunitat de creixement personal. De la mateixa manera, cal fer especial referència al fet que un avenç de la societat cap al trencament de les imposicions construïdes vers els rols de gènere i el paper de la maternitat i paternitat, afavoririen l'abolició de l'estigma encara existent. Així doncs, trencar amb "el silenci" de les persones infèrtils facilitaria que poguessin comptar amb una xarxa de suport més àmplia i, per tant, minvarien les repercussions negatives existents.

### **Limitacions**

Les limitacions del present estudi se centren principalment en l'escassa participació de la mostra masculina, i més concretament d'aquells homes amb problemes d'infertilitat. A l'inici de la investigació es va plantejar realitzar un abordatge més curós en la comparativa de l'impacte entre homes i dones. Malgrat els esforços duts a terme per obtenir una mostra equilibrada, aquest objectiu va haver-se de modificar donada la inexistència d'homogeneïtat numèrica entre gèneres resultant el nombre d'homes infèrtils (n=20) molt menor al de dones (n=141), la qual cosa impossibilitava la precisió dels resultats comparatius concloents. Arroyo i Castañeda (2021) i Vizheh et al. (2015) exposen a la seva obra el constructe social i cultural que persegueix a homes i dones, consistent en el fet que la paternitat i la maternitat són vistes com una fita indispensable en la vida de l'ésser humà; embarassar a una dona o parir un fill o filla són la prova pública que s'és "prou home" i "una dona completa". Així doncs, la construcció de l'ideal de masculinitat i feminitat es percep a partir d'aquestes categories i, per tant, la infertilitat es construeix com l'extrem vergonyós i penós. A més, els mateixos autors fan menció a què la masculinitat i la virilitat són constructes socials que es relacionen amb la paternitat i fertilitat masculina. Altrament, tal com s'ha esmentat en el

treball, encara existeix molt estigma en relació amb la infertilitat, fet que fa que moltes persones a hores d'ara encara ho pateixin en silenci (Kristin & Alice, 2018). Així doncs, aquestes manifestacions podrien haver motivat el fet que els homes, en tant d'encaixar amb els constructes socials, no haguessin accedit a col·laborar en l'estudi. Una limitació addicional que pot haver influenciat al nombre de participants és la restricció temporal que es va experimentar pel que fa al breu temps durant el qual l'instrument d'investigació dissenyat va estar disponible per a la seva autoadministració als participants. Així doncs, les condicions adverses patides caldria controlar-les en properes recerques.

### **Línies de futur**

Una vegada finalitzada la present recerca i prenent consciència del creixement exponencial de casos d'infertilitat arreu del món (Oliveira & Scrolini-Comín, 2021), així com del fort impacte que aquest suposa per a les persones que la pateixen (Barra & Vaccaro, 2013), resulta fonamental aprofundir en el tema i contribuir a l'ampliació del coneixement existent sobre la infertilitat i les seves implicacions en ambdós gèneres.

Tenint en compte les limitacions sorgides en el present estudi amb l'obtenció de la mostra masculina, es valoraria posar èmfasi en el reclutament de més homes per tal de poder comparar les afectacions d'ambdós grups de manera més rigorosa. En afegit, atesa la delicadesa que suposa aquest tema i el rebuig de certes persones a respondre els instruments, seria beneficiós fer un estudi més proper i humà, amb un disseny qualitatiu, per tal d'indagar en les experiències i perspectives de les persones afectades, mitjançant entrevistes personals o grups focals. Altrament, donat el ventall de canvis que es pateixen segons la fase del procés, es podria considerar l'elaboració d'un estudi longitudinal amb el fi d'examinar l'evolució de les afectacions en funció del moment (i tractament) en què es trobessin. També, resultaria d'interès fer un estudi a ambdós membres d'una mateixa parella, avaluant les diferents

afectacions en una situació compartida on hi hagués més homogeneïtat de variables externes a les quals la parella es troba exposada. A aquests, es podria administrar algun instrument (per exemple el *DAS; Escala de Ajuste Diádico*) per valorar la satisfacció i l'ajust marital davant de la infertilitat.

### Referències

- Aparicio, M., Moreno-Rosset, C., Martín, M., & Ramírez-Uclés, I. (2009). Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 41-48.
- Arroyo, L. & Castañeda, L. (2021). Padeciendo los cuerpos: significados de las paternidades, maternidades y la familia en mujeres y hombres infértiles. *Revista de Estudios de Género, La Ventana*, 6(54), 39-73. <https://doi.org/10.32870/lv.v6i53.7189>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-242.
- Barra, E., & Vaccaro, M. (2013). Estrés percibido, afrontamiento y personalidad resistente en mujeres infértiles. *Liberabit*, 19(1), 113-119.
- Bizarro, P., Rojas, M., González, A., López, N., Albarrán, J., & Fortoul, T. (2018). Estilo de vida, contaminación atmosférica y problemas que afectan la salud reproductiva en la mujer. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(2), 7-15.
- Boivin, J., Vassena, R., Costa, M., Vegni, E., Dixon, M., Collura, B., Market, M., Samuelsen, C., Guiglotto, J., Roitmann, E. y Domar, A. (2022). Tailored support may reduce mental and relational impact of infertility on infertile patients and partners. *Reproductive BioMedicine Online*, 44(6), 1045-1054. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.01.015>
- Brennan J. (2001). Adjustment to cancer - coping or personal transition?. *Psycho-oncology*, 10(1), 1-18. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<1::aid-pon484>3.0.co;2-t](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1::aid-pon484>3.0.co;2-t)
- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 54(4), 227-248.



- Castaño, E., & del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257.
- Chachamovich, J., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M., Knauth, D., & Passos, E. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 31(2), 101–110.  
<https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.481337>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.
- Cousineau, T., & Domar, A. (2007). Psychological impact of infertility. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 21(2), 293–308.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Díaz, Z., & García, D. (2011). La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(1), 106-119.
- Edelmann, R., & Connolly, K. (2000). Gender differences in response to infertility and infertility investigations: Real or illusory. *British Journal of Health Psychology*, 5(4), 365-375. doi: 10.1348/135910700168982
- Espada, A., & Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 186-196
- Eurostat: Oficina Estadística de la Unión Europea. (2020). *Total fertility rate*. Recuperat de: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00199/default/table?lang=en>
- Greil, A., Slauson-Blevins, K., & 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](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x)

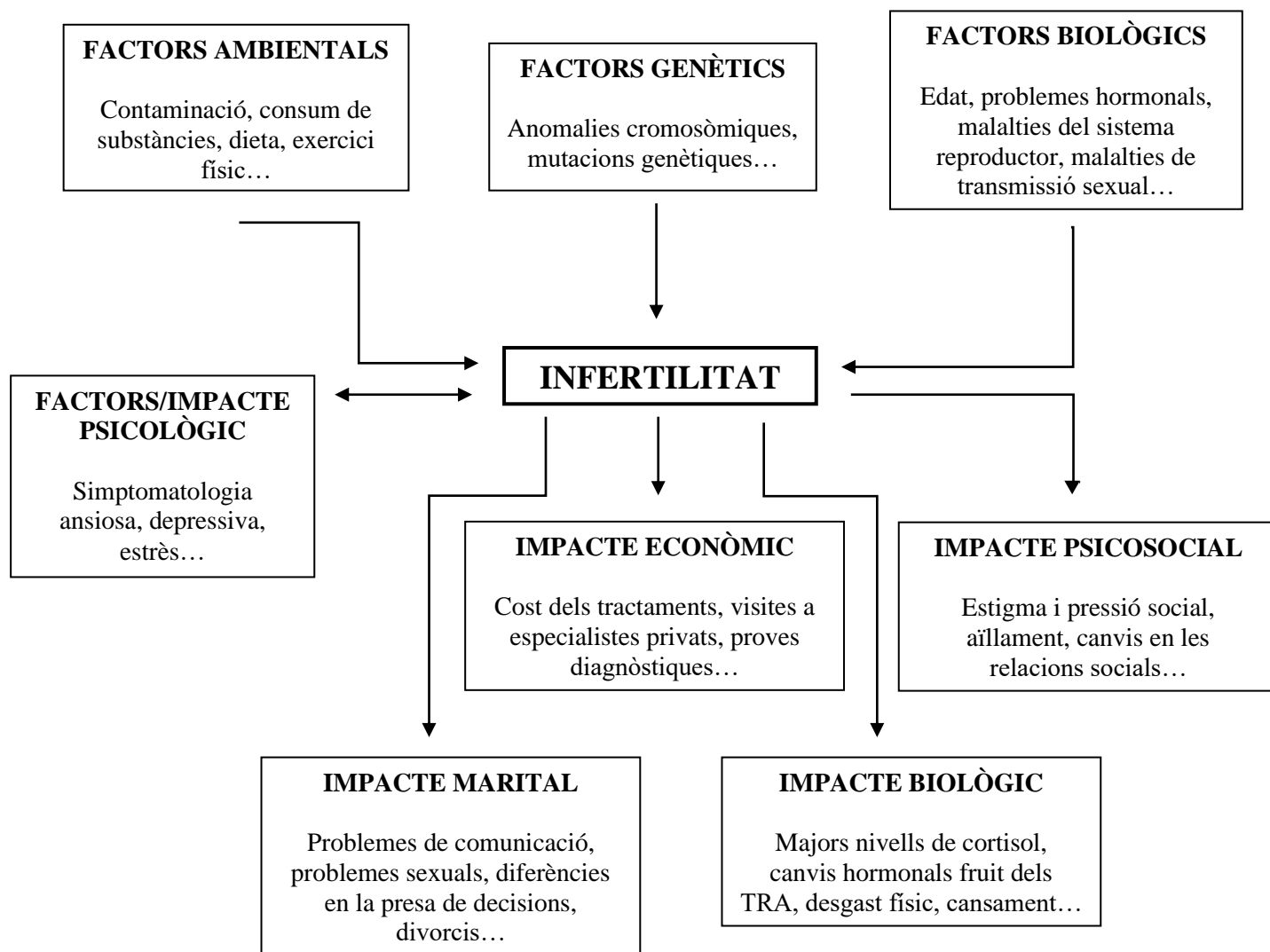
- Hanusz, Z., & Tarasińska, J. (2015). Normalization of the Kolmogorov–Smirnov and Shapiro–Wilk tests of normality. *Biometrical Letters*, *52*(2), 85-93.
- Iordachescu, D., Gica, C., Vladislav, E., Panaitescu, A., Peltecu, G., Furtuna, M., & Gica, N. (2021). Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia polska*, *92*(2), 98–104. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0173>
- Jenaro, C., Moreno-Rosset, C., Antequera, R. & Flores, N. (2008). La evaluación psicológica en infertilidad: El DERA, una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, *29*, 176-185.
- Jisha, P., & Thomas, I. (2016). Quality of life and infertility: Influence of gender, years of marital life, resilience, and anxiety. *Psychological Studies*, *61*(3), 159-169.
- Kristin L., & Alice D. (2018) The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *20*(1), 41-47, doi: [10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney](https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney)
- Luk, B., & Loke, A. (2015). The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *Journal of sex & marital therapy*, *41*(6), 610–625. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958789>
- Massarotti, C., Gentile, G., Ferreccio, C., Scaruffi, P., Remorgida, V., & Anserini, P. (2019). Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, *35*(6), 485–489. <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1540575>
- Maddi, S. (2006). Hardiness. The courage to grow from stress. *The Journal of Positive Psychology*, *1*, 160-168.

- Malina, A., Błaszkiwicz, A., & Owczarz, U. (2016). Psychosocial aspects of infertility and its treatment. *Ginekologia polska*, 87(7), 527–531.  
<https://doi.org/10.5603/GP.2016.0038>
- Meggo, Y. (2008). Los psicólogos y la infertilidad. *Psicología y salud*, 18(1), 129-135.
- Morejón, A., García, B., & Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R., & Jenaro, C. (2008). *DERA. Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Moreno-Rosset, C., Jurado, R., & Río, C. (2009). Validación del Cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad (DERA). *Psicothema*, 21(1), 118-123).
- Moreno-Rosset, C., del Castillo Aparicio, M., Ramírez-Uclés, I., & Díaz, M. (2011). Estados emocionales y afectivos en infertilidad: un estudio comparativo con personas fértiles. *Psicología Conductual*, 19(3), 683.
- Oddens, B., den Tonkelaar, I. & Nieuwenhuysse, H. (1999) Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Hum Reprod*;14:255–61.
- Oliveira, S., & Scrolini-Comin, F. (2021). Infertilidad femenina y repercusiones en la vida sexual de parejas. *Presencia*, 18, e13911.
- Organització Mundial de la Salut. (14 de Setembre de 2020). *Infertility*. Recuperat de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Ortega, M. & Barraca, J. (2014). Estrés percibido, ansiedad, depresión e ira en el proceso de reproducción asistida. Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 40, (161-162), 53-71.

- Östberg, V., & Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: the importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian journal of public health*, 35(2), 197–204. <https://doi.org/10.1080/14034940600813032>
- Pedrero, E., de León, J., Lozoya, P., Rojo, G., Llanero, M., & Puerta, C. (2015). La "Escala de estrés percibido": estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Psicología conductual*, 23(2), 305.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish journal of psychology*, 9(1), 86-93.
- Rooney, K., & Domar, A. (2022). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton: *Princeton University Press*.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.5>
- Societat Espanyola de Fertilitat. (2019). *Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida 2019*. Recuperat de: [https://cnrha.sanidad.gob.es/registros/pdf/Informe\\_estadistico-SEF\\_2019.pdf](https://cnrha.sanidad.gob.es/registros/pdf/Informe_estadistico-SEF_2019.pdf)
- Sharma, A., & Shrivastava, D. (2022). Psychological Problems Related to Infertility. *Cureus*, 14(10), e30320. <https://doi.org/10.7759/cureus.30320>
- Szatmári, A., Helembai, K., Zádori J., Dudás, E., Fejes, Z., Drótos, G., & Rafael, B. (2021). Adaptive coping strategies in male infertility, paramedical counselling as a way of support, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(5), 457-474, doi: [10.1080/02646838.2020.1724918](https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1724918)
- Uribebarrea, L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 158-166.

- Vizheh, M., Pakgozar, M., Rouhi, M., & Veisy, A. (2015). Impact of Gender Infertility Diagnosis on Marital Relationship in Infertile Couples: *A Couple Based Study*. *Sexuality and Disability*, 33(4), 457–468. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9417-5>
- Yeoh, S., Razali, R., Sidi, H., Razi, Z., Midin, M., Jaafar, N., & Das, S. (2014). The relationship between sexual functioning among couples undergoing infertility treatment: a pair of perfect gloves. *Comprehensive Psychiatry*, 55(), S1–S6. doi:10.1016/j.comppsy.2012.09.002
- Ying, L., Wu, L., & Loke, A. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International journal of nursing studies*, 52(10), 1640–1652. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004>

## ANNEXOS

**Annex 1. Factors predisponents i impacte de la infertilitat**

Fonts: Chachamovich et al., 2010; Bizarro et al., 2018; Brugo-Olmedo et al., 2003; Greil et al. (2010); Oliveira & Scorolini-Comín, 2021; Ortega & Barraca, 2014; Rooney & Domar (2022) Sharma & Shrivastava, 2022; Uribelarrea, 2008

**Annex 2. Disseny preguntes del formulari****- Dades sociodemogràfiques**

1. Sexe
  - a. Home
  - b. Dona
2. Nivell d'estudis assolit
  - a. Educació obligatòria
  - b. Batxillerat
  - c. Cicle Formatiu
  - d. Grau universitari
  - e. Màster
  - f. Doctorat
3. Tens parella actualment?
  - a. Sí
  - b. No
4. En cas afirmatiu, indiqui quants anys fa?
5. Té fills?
  - a. Sí
  - b. No
6. Actualment té problemes d'infertilitat? (d'acord amb la definició de l'OMS: imposibilidad de conseguir un embarazo después de doce meses o más de relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos).
  - a. Sí
  - b. No

**-Secció població infèril**

7. Temps de cerca del embaràs en mesos
8. Coneix la causa de la infertilitat?
  - a. Masculina
  - b. Femenina
  - c. Mixta
  - d. Idopàtica (desconeguda)
  - e. No explorada
9. S'ha sotmès a algun tractament de reproducció assistida?
  - a. Sí
  - b. No
10. Durant la cerca del embaràs ha anat al psicòleg per aquest motiu?
  - a. Sí
  - b. No

**- Preguntes qüestionari DERA****- Preguntes Escala EEP-10****- Preguntes EAR**

**Annex 3. Correlacions subescales DERA**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>1. Percepció ansietat</b>	—											
<b>2. Externalització ansietat</b>	0.688***	—										
<b>3. Depressió</b>	0.775***	0.634***	—									
<b>4. Pessimisme</b>	0.636***	0.531***	0.684***	—								
<b>5. Obertura experiència</b>					—							
<b>6. Tenacitat</b>	-0.195*	-0.191*	-0.212**	-0.157*	0.204**	—						
<b>7. Percepció de control</b>						0.366***	—					
<b>8. Energia</b>						-0.178*		—				
<b>9. Suport amics</b>	-0.204**	-0.116*	-0.243**	-0.200*		0.322***	0.218**	-0.114*	—			
<b>10. Suport família</b>	-0.267***	-0.119*	-0.238**	-0.323***		0.327***	0.296***		0.549***	—		
<b>11. Sexualitat parella</b>	-0.393***	-0.213**	-0.467***	-0.245***		0.206**			0.328***	0.221**	—	
<b>12. Afabilitat</b>			-0.204**	-0.214***		0.319***	0.264***		0.347***	0.408***	0.169*	—

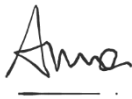
*Nota. Correlació Rho de Spearman // n=161 // \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001 // Les correlacions no significatives han estat eliminades de la taula.*



**Annex 4. Declaració d'autoria**

"Declaro que aquest treball és original i ha estat realitzat per mi mateixa, sense haver fet servir altres fonts o ajudes diferents a les referenciades. També he assenyalat la procedència dels fragments literals, o de contingut, que he pres de tercers"

Barcelona, 25 de Maig de 2023



Anna