



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA**  
**FACULTAD “TERESA DE ÁVILA”**  
**DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES**

Trabajo Final presentado en cumplimiento parcial de los requisitos para acceder al título de  
Licenciatura en Psicología.

“ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS ESTRATEGIAS DE  
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN MUJERES DE LA PROVINCIA  
DE ENTRE RIOS QUE SE ENCUENTRAN REALIZANDO  
TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD DE BAJA Y ALTA  
COMPLEJIDAD.”

**Por**

Roncaglione Sol

Toplikar Harari Florentina

**Director/a:**

Lic. Perelstein María José.

**Co-director/a:**

Lic. Kunzi Ingrid

**Paraná, 06 de Octubre de 2025**

## ÍNDICE

<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>V</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b>	<b>VI</b>
<b>RECONOCIMIENTOS</b>	<b>7</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>8</b>
<b>CAPITULO I</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>11</b>
1.1.Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivos	15
1.3.1. Objetivos generales	15
1.3.2. Objetivos específicos	15
1.4. Hipótesis o Supuestos de investigación	16
<b>CAPITULO II</b>	<b>17</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>17</b>
2.1. Estado del arte	17
2.1.1. Antecedentes internacionales	17
2.1.2. Antecedentes nacionales	19
2.2. Encuadre teórico	22
2.2.1. Infertilidad (Que es y que genera a nivel psicológico)	22
2.2.2. Tratamientos de reproducción asistida	30
2.2.2.1. Tratamientos de fertilidad de baja complejidad	34
2.2.2.2. Tratamientos de fertilidad de alta complejidad	35
2.2.3. Estrés	36
2.2.3.1. Estrés-ansiedad en parejas infértiles	41
2.2.4. Estrategias de afrontamiento del estrés	44
<b>CAPITULO III</b>	<b>50</b>
<b>METODOLOGIA</b>	<b>50</b>
3.1. Tipo de investigación	50
3.2. Muestra	50
3.3. Técnica de recolección de datos	51
3.4. Procedimientos de recolección de datos	52
3.5. Procedimientos de análisis de datos	52
<b>CAPITULO IV</b>	<b>53</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>53</b>
4.1. Datos sociodemográficos de la población estudiada	53
4.1.1. Edad	53
4.1.2. Lugar de nacimiento	54
4.1.3. Nivel educativo	54
4.1.4. Actividad laboral	56
4.1.5. Composición familiar	57
4.1.6. Concepción de hijos por tratamiento de reproducción humana asistida/Tratamientos de fertilidad	59
4.1.7. Red de apoyo/vínculos afectivos de contención	60
4.1.8. Tratamientos de baja complejidad realizados anteriormente por las pacientes	61

4.1.9. Tratamientos de alta complejidad realizados anteriormente por las pacientes	62
4.1.10. Tratamiento por donación de gametos	63
4.1.11. Tratamiento actual	64
4.1.12. Característica del tratamiento realizado actualmente	65
4.1.13. Tratamiento psicológico realizado a partir del diagnóstico de infertilidad	66
4.1.14. Tratamiento psicológico actual por este tema	67
4.2. Estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres, de la provincia de Entre Ríos, que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de baja y alta complejidad debido a circunstancias de infertilidad	68
4.3. Comparación de las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres, de la provincia de Entre Ríos, que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad en relación a mujeres que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad	70
4.3.1. Focalizado en la solución de problemas (FSP)	70
4.3.2. Autofocalización negativa (AFN)	71
4.3.3. Reevaluación positiva (REP)	71
4.3.4. Expresión emocional abierta (EEA)	71
4.3.5. Evitación (EVT)	72
4.3.6. Religión (RLG)	72
4.3.7. Búsqueda de apoyo social (BAS)	72
<b>CAPITULO V</b>	<b>75</b>
<b>DISCUSION, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES</b>	<b>75</b>
5.1. Discusión	75
5.1.1. Objetivo general	75
5.1.2. Objetivos específicos	75
5.1.2.1. Primer objetivo especifico	75
5.1.2.2. Segundo y tercer objetivo especifico	79
5.1.2.3. Cuarto objetivo especifico	87
5.2. Conclusiones	90
5.3. Recomendaciones	93
5.3.1. Recomendaciones para futuras investigaciones	93
5.3.2. Recomendaciones para la práctica profesional	94
5.4. Limitaciones	96
<b>LISTA DE REFERENCIAS</b>	<b>98</b>

<b>ANEXO A. INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO B. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADO</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO C. MATRIZ DE DATOS</b>	<b>112</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la muestra según la edad	53
Figura 2. Distribución de la muestra según lugar de nacimiento	54
Figura 3. Distribución de la muestra según el nivel educativo	56
Figura 4. Distribución de la muestra según la actividad laboral	57
Figura 5. Distribución de la muestra según la composición familiar	59
Figura 6. Distribución de la muestra según la concepción de hijos por TRHA	60
Figura 7. Distribución de la muestra según tratamientos por donación de gametos	64
Figura 8. Distribución de la muestra según la característica de tratamiento actual	66
Figura 9. Distribución de la muestra según tratamiento psicológico realizado a partir del diagnóstico de infertilidad	67
Figura 10. Distribución de la muestra según tratamiento psicológico actual por este tema	68

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra según nivel educativo	55
Tabla 2. Distribución de la muestra según actividad laboral	56
Tabla 3. Distribución de la muestra según composición familiar	58
Tabla 4. Distribución de la muestra según concepción de hijos por TRHA	59
Tabla 5. Distribución de la muestra según los tratamientos de baja complejidad realizados anteriormente	62
Tabla 6. Distribución de la muestra según los tratamientos de alta complejidad realizados anteriormente	63
Tabla 7. Distribución de la muestra según tratamientos por donación de gametos	63
Tabla 8. Distribución de la muestra según el tipo de tratamiento actual	64
Tabla 9. Distribución de la muestra según la característica de tratamiento actual	65
Tabla 10. Distribución de la muestra según tratamiento psicológico realizado a partir del diagnóstico de infertilidad	66
Tabla 11. Distribución de la muestra según tratamiento psicológico actual por este tema	67
Tabla 12. Puntajes de las estrategias de afrontamiento del estrés según el tipo de tratamiento actual	69
Tabla 13. Prueba T para muestras independientes	73

## RECONOCIMIENTOS

En primer lugar, queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a nuestras familias, por habernos dado la posibilidad de estudiar y habernos inculcado los valores del esfuerzo y la constancia, que nos llevaron a cumplir esta meta. Su apoyo y comprensión fueron pilares esenciales para alcanzar este logro.

A quienes estuvieron a nuestro lado durante toda la carrera y a todos nuestros amigos, gracias por cada muestra de ánimo que nos motivó a seguir adelante y no rendirnos.

También agradecemos a nuestros profesores, quienes no solo nos formaron académicamente, sino que también nos transmitieron su pasión por esta profesión.

A nuestras directoras de tesis, gracias por su tiempo, compromiso y generosidad al acompañarnos en este proceso.

Y, por encima de todo, queremos agradecer nosotras mismas: por haber superado juntas cada dificultad y por habernos sostenido mutuamente.

## RESUMEN

El presente trabajo final se trató de una investigación de tipo descriptiva comparativa y de corte transversal, ya que se estudiaron las variables en un momento único. Su enfoque fue de tipo cuantitativo. El tema elegido para el mismo estuvo enfocado en conocer, por un lado, cuáles son las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizaron las mujeres de la provincia de Entre Ríos que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad, y por el otro, estudiar cuales son las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizaron las mujeres de la provincia de Entre Ríos que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad. Y, por último, comparar las estrategias de afrontamiento del estrés utilizadas por cada grupo.

Para responder a dichos objetivos, se seleccionó una muestra no probabilística, no aleatoria, intencional o decisional, conformada por 60 mujeres, de entre 25 y 48 años, de la provincia de Entre Ríos que se encontraban realizando tratamientos de fertilidad. En cuanto a las técnicas de recolección de datos, para recabar la información sociodemográfica se confeccionó un cuestionario semiestructurado en el cual se preguntó sobre edad, sexo, nivel educativo, composición familiar, tipo de problemática de infertilidad y tipos de tratamientos entre otras variables de estudio. Por otro lado, para conocer y medir las estrategias de afrontamiento del estrés, se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), adaptado en población argentina. Ambos fueron completados en forma anónima y, utilizando en todos los casos, consentimientos informados para la participación voluntaria en dicha investigación. Se administraron de manera presencial en una institución de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, la cual brinda servicio médico de ginecología, mastología, obstetricia y reproducción asistida. Los datos obtenidos fueron procesados y analizados por el Programa Estadístico de Ciencias Sociales “SPSS” (versión 25).

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo observar que ambos grupos, obtuvieron mayor puntaje en las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, es decir, en las estrategias de afrontamiento de tipo racional; tomando así, una actitud activa ante la problemática. Por lo tanto, ambos grupos estuvieron posicionados en intentar resolver el problema apelando a estrategias más racionales y de índole práctica. Mientras que en lo que respecta a las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción puntuaron bajo, evidenciando que no es lo más predominante en ninguno de los dos grupos.

Sin embargo, se observó una diferencia significativa entre ambos grupos en la estrategia Focalización en la solución del problema, en la cual puntuaron más alto las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad por sobre las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad.

Por otro lado, se observó una diferencia importante entre ambos grupos en lo que respecta la estrategia centrada en la emoción Autofocalización negativa, donde puntuaron más alto las pacientes en tratamiento de baja complejidad en comparación a las que estaban realizando tratamientos de alta complejidad.

Por último, se observó también una diferencia entre ambos grupos en la estrategia centrada en la emoción Expresión emocional abierta. Las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad obtuvieron mayor puntaje por sobre las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad.

Acorde a los resultados obtenidos, no se comprueba la hipótesis ya que en ambos grupos predominaron las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Las limitaciones halladas en esta investigación refieren, en cuanto al aspecto metodológico, que, al ser un estudio de tipo no probabilístico e intencional, no resultó suficientemente representativa y al tener un tamaño de muestra reducido, no permite que los resultados puedan ser generalizados a la población total. Además, al ser una investigación

cuantitativa, también se encuentra limitada la recolección de datos, debido a que no toma en cuenta el aspecto subjetivo de cada sujeto.

Por último, se trató de una investigación de corte transversal, lo que impide establecer relaciones de causalidad.

Palabras claves: infertilidad, tratamientos de reproducción asistida de alta y baja complejidad, estrategias de afrontamiento del estrés, mujeres.

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

#### **1.1. Planteamiento del Problema**

Como afirma la autora Izzedin-Bouquet de Durán (2011)

La infertilidad y el sometimiento a técnicas de fertilización asistida son ejes centrales para la Psicología de la Reproducción ya que son factibles de desencadenar alteraciones emocionales, trastornos psicológicos, frustración y mucho estrés. (...)

La infertilidad genera alteraciones emocionales de importancia si la pareja tiene como una de las metas principales de su vida el tener hijos, generando mucha frustración, ansiedades y humor depresivo, ya que este fracaso no solo ha de provocar una frustración por el no cumplimiento del deseo y las expectativas de paternidad, sino que también supone una alteración, al menos temporal, del plan de vida que se tenía trazado. (p.31)

Ortiz y Acevedo (2010) definen

Las técnicas de reproducción asistida son todos aquellos procedimientos destinados a auxiliar, transformar o sustituir procesos que de forma natural ocurren espontáneamente en el aparato genital femenino por medio de una manipulación médica, para permitir la concepción y el normal desarrollo de la gestación en parejas con problemas de fertilidad. Incluye todas las técnicas que requieran manipulación de óvulos o semen fuera del cuerpo humano. (p. 653)

El problema de la infertilidad cobra mayor dimensión y trascendencia, a nivel mundial, afectando no solo a la pareja infértil sino también al sistema familiar y social, siendo cada vez más evidentes las complejas relaciones existentes entre los factores psicológicos y la fertilidad. Según la Organización Mundial de la Salud, la infertilidad es una enfermedad crónica que afecta a 1 de cada 4 mujeres en edad reproductiva, que puede generar un elevado monto de estrés en aquellas parejas que la padecen, ya que tiene implicaciones culturales, entre las cuales están involucradas las expectativas sociales y personales del paciente, su pareja y su entorno (Álvarez et al., 2019, p.76)

En relación a esto, dichos autores sostienen que:

El diagnóstico de infertilidad puede alterar el estado emocional de la pareja. Los pacientes infértiles que acuden a consulta manifiestan tener la sensación de que, repentinamente, su vida gira en torno a la infertilidad. Lo grave de todo este conjunto de sentimientos es que se lleguen a hacer crónicos y aparecer síntomas de ansiedad, depresión o estrés; alterando su percepción de control sobre los acontecimientos y provocando un declive significativo en su percepción de integridad, competencia y autovaloración (Álvarez et al., 2019, p.77)

Moreno-Rosset (2009), refiere que la infertilidad es una pérdida causante de estrés y también un estresor de sobrecarga crónica. Es una pérdida porque se pierde algo que existía de manera invisible, que tiene que ver con el deseo de tener un hijo en la planificación de la vida. (citado en Mazzoni,2022, p. 278)

“(...) el estrés es una consecuencia que deriva de la infertilidad y de sus tratamientos, motivo por el cual muchos pacientes abandonan los tratamientos médicos, siendo la primera causa de abandono de los tratamientos reproductivos.” (Mazzoni,2022, p 288).

Debido a lo mencionado anteriormente y teniendo en cuenta que el estrés es una de las consecuencias directas de este proceso de exposición a diversos tratamientos y circunstancias de angustia, se considera importante poder abordar desde esta investigación cuales son las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan estas mujeres, para así poder ampliar el campo de información en esta área.

Hans Selye (1907-1982, citado en Mazzoni, 2022) define al estrés como síndrome general de adaptación, que es producido por diversos agentes nocivos, desarrollando una respuesta no específica. Se desarrolla en tres estadios. Primero hay una reacción de alarma donde se liberan las catecolaminas, glucocorticoides, para mantener la homeostasis; luego una fase de resistencia donde el organismo sigue activado para adaptarse de manera óptima y sostenida. Y la tercera fase aparece cuando el estrés continúa y el organismo se sobrecarga, el sistema se agota, es la etapa dañina. A nivel conductual el estrés produce tres posibles reacciones, a saber, el ataque, la fuga o la parálisis. Es decir, que el estrés, es una respuesta del organismo frente a la percepción de amenaza o peligro. (p. 292-293)

El cerebro emocional no diferencia bien entre las distintas situaciones (...) Por eso es que surgen los fenómenos ansiosos, ya que las personas perciben posibles peligros futuros y el sistema reacciona como si fuera inminente y certero. Es decir que lo que desencadena la reacción del estrés no es el estímulo en sí mismo sino la percepción del sujeto. La infertilidad activa estos sistemas de manera crónica y por lo tanto todo el organismo sufre las consecuencias perdiendo calidad de vida de manera global y produciéndose un grado de sufrimiento altísimo (Mazzoni, 2022, p. 292-293).

Las distintas maneras de las personas de afrontar las situaciones estresantes se van a basar en las estrategias de afrontamiento del mismo.

Bandura (2001) afirma que en las últimas décadas al estudio del estrés se ha unido el estudio de las estrategias puestas en marcha para hacerle frente y amortiguar sus efectos. Las

denominadas "estrategias de afrontamiento" son respuestas ante una situación estresante puestas en marcha para tratar de manejarla o neutralizarla. (citado en Acosta y Greca, 2020)

El concepto de afrontamiento del estrés según Sandín (1995) hace referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales que el individuo lleva a cabo para hacer frente al estrés, es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas que generan estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés. (citado en Sandín y Chorot, 2003, p. 39)

Por lo tanto, se considera de gran importancia estudiar cuales son las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan las mujeres que se están realizando tratamientos de reproducción asistida, ya que esto va a determinar la manera en que lleven a cabo el proceso y el daño que el estrés cause en ellas.

Sandín (1995, citado en Sandín y Chorot, 2003), resalta la importancia del "modo en que el individuo hace frente al estrés ya que puede actuar como mediador entre las situaciones estresantes y la salud". (p. 39) Estas conductas, según Lazarus (1993) pueden ser o no adaptativas, y ser estables a través de diferentes situaciones. (citado en Sandín y Chorot, 2003, p 40)

Al respecto, Barona (2003) afirma que el tipo de conducta de afrontamiento es importante ya que además de servir para dominar las demandas de la situación de estrés, determina la forma en que se activa el organismo. (citado en Acosta y Greca, 2020, p. 47)

## **1.2. Formulación del Problema**

A través de la presente investigación, se buscó responder a los siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres, de la provincia de Entre Ríos, que se están realizando tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad debido a circunstancias de infertilidad?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres, de la provincia de Entre Ríos, que se están realizando tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad debido a circunstancias de infertilidad?

¿Se evidencian diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres, de la provincia de Entre Ríos, que se están realizando tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad en comparación a mujeres que se están realizando tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad?

### **1.3. Objetivos**

A continuación, mencionamos aquellos objetivos que nos propusimos responder a lo largo del proceso de investigación.

#### **1.3.1. Objetivo General**

Analizar las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres que se están realizando tratamientos de reproducción asistida debido a circunstancias de infertilidad en la provincia de Entre Ríos.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

1. Describir los datos sociodemográficos de la población estudiada.

2. Conocer las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres de la provincia de Entre Ríos que se están realizando tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad debido a circunstancias de infertilidad.
3. Conocer las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres de la provincia de Entre Ríos que se están realizando tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad debido a circunstancias de infertilidad.
4. Establecer si existe una diferencia estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres de la provincia de Entre Ríos que se están realizando tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad en relación a mujeres que se están realizando tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad.

#### **1.4. Hipótesis o Supuestos de Investigación**

Las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan las mujeres que se realizan tratamientos de reproducción asistida van a variar según sean tratamientos de baja o alta complejidad.

En las mujeres que realizan tratamientos de baja complejidad predomina un afrontamiento centrado en la emoción, mientras que en las mujeres que realizan tratamientos de alta complejidad predominan las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### **2.1. Estado del Arte**

En función de la revisión de los antecedentes, se expondrán investigaciones que abordan a nivel nacional como internacional, la relación estrecha entre el estrés, las estrategias de afrontamiento del mismo y los tratamientos de reproducción humana asistida por causa de infertilidad.

A continuación, se exponen una selección de aquellas que resultaron más aproximadas al problema del presente estudio.

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

A nivel internacional, se tomará la investigación realizada en Cuba por Téllez-Veranes y Méndez-Benítez (2022) titulada “Estados emocionales y estrategias de afrontamiento frecuentes en consulta para parejas infértiles”. Cuyo objetivo fue identificar los estados emocionales negativos, así como el estilo de afrontamiento utilizados por ambos miembros de parejas infértiles durante su tratamiento, en la consulta municipal de infertilidad del Policlínico Comunitario “30 de noviembre”, de Santiago de Cuba, durante el periodo enero de 2020 a febrero de 2021. Se realizó un estudio descriptivo con una muestra intencional de 85 parejas ( $n= 85$ ) que asistieron a dicha consulta. Se utilizó el método clínico, se revisaron las historias clínicas de los pacientes y se aplicaron técnicas psicológicas (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch. Spielberger, inventario de depresión de Beck y escala de afrontamiento de Lazarus). Los resultados arrojados fueron: predominó el nivel alto de ansiedad como estado en el 61,18 % de los hombres y en el 68,24 % de las mujeres,

no se encontró ningún miembro de las parejas infértiles que presentara niveles bajos de ansiedad, además, se constataron niveles severos de depresión en el 52,94 % de las mujeres y en el 44,71 % de los hombres. Predominó el modo de afrontamiento centrado en las emociones en el 90,59 % de la muestra estudiada. Como conclusión se arribó a que la ansiedad y la depresión, así como la carencia de estrategias de afrontamiento eficaces son fenómenos psicológicos presentes en las parejas que asisten a la consulta municipal de infertilidad.

Por otra parte, se presentará la investigación realizada también en Cuba por Álvarez-Morales, Hernández y Rodríguez-Lafuente (2019) “Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en miembros de parejas con infertilidad primaria”, cuyo objetivo se basó en caracterizar la relación del bienestar psicológico con los niveles de ansiedad rasgo-estado en los miembros de las parejas infértiles que asistieron al Centro de Reproducción Asistida de Baja Tecnología de la provincia Mayabeque; en el período de noviembre del 2016-abril del 2017. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y transversal. La muestra quedó conformada por 80 miembros de parejas con infertilidad primaria. Como resultado preponderó el nivel moderado de bienestar psicológico en el 75 % de la muestra; el nivel alto de ansiedad de estado en 92.5 % de los hombres y el 95 % de las mujeres, el nivel alto de ansiedad como rasgo en 52.5 % de los hombres y el 65 % en mujeres. El 92.5 % en hombres y el 95 % de las féminas presentaron niveles alto de ansiedad de estado y bienestar psicológico moderado; el 62.5 % de las mujeres y 47.5 % de los varones presentaron niveles altos de ansiedad como rasgo y bienestar psicológico moderado. Se llegó a la conclusión de la existencia de una relación significativa entre el bienestar psicológico y la ansiedad como rasgo en los miembros de las parejas infértiles.

Siguiendo esta misma línea, Cabrera, Uriarte y Hernández Valdez (2020) en su estudio “Análisis de las sensaciones y sentimientos de las parejas con problemas de fertilidad

y la influencia de la ayuda e información recibida según un estudio de campo realizado en México en el año 2011” llevaron a cabo el presente artículo el cual tiene como objetivo examinar las sensaciones y los sentimientos, así como la ayuda que reciben dichas parejas para afrontar su proceso de infertilidad. La muestra estuvo conformada por 566 individuos para indagar sobre el tipo de sentimientos inherentes a su proceso de infertilidad, así como la ayuda y la información que recibieron para hacerle frente. La metodología fue mixta, ya que contó con un enfoque tanto cuantitativo como cualitativo, fue un estudio de diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional, se analizaron varias preguntas del cuestionario realizado, el cual fue diseñado específicamente para este estudio, y los datos se recogieron a través de un cuestionario autoadministrado, con 56 preguntas, además se recogieron narraciones de la investigación cualitativa del estudio. Asimismo, se realizó una revisión de la literatura sobre el tema entre los años 2011 y 2020. En cuanto a los resultados se observó baja autoestima, depresión, angustia y ansiedad ante las relaciones con el médico especialista, la familia, la sociedad y ante algunas situaciones estresantes, como la producción de embriones y su posible destino. También se analizó la ayuda que reciben las parejas para afrontar tales situaciones. Se llegó a la conclusión de que el problema de la infertilidad es complejo y, además, es un tema esencialmente interdisciplinario por lo que se revela un vacío en la ayuda integral hacia las parejas para abarcar las dimensiones física, psíquica, relacional, social y espiritual.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

A nivel nacional, mencionaremos en primer lugar el artículo científico llevado a cabo por Veiga, Puccio y Tamburelli (2013) denominado “¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad?”. El objetivo del presente trabajo se basó en recopilar algunas de las más destacadas investigaciones que abordan la relación entre estrés, ansiedad e infertilidad,

con el fin de aumentar el conocimiento que como profesionales de la salud mental se pueda tener en esta problemática, para que facilite el desarrollo de intervenciones terapéuticas más eficaces. Como conclusión se llegó a que en las últimas décadas se han logrado grandes avances en la medicina reproductiva, lo que ha ido incluyendo y delimitando la participación de diversas especialidades, entre las cuales el rol del psicólogo va cobrando importancia.

Por otro lado, Antinucci (2014) en su tesis de grado “Afrontamiento y regulación emocional en mujeres con infertilidad” realizada en la ciudad de Mar del Plata, Argentina propuso estudiar las relaciones entre estrategias de regulación emocional y de afrontamiento en mujeres que padecen infertilidad. En función de ello, los objetivos específicos fueron: identificar la presencia de indicadores de desajuste emocional y síntomas clínicos en mujeres infértiles; describir las estrategias de afrontamiento y de regulación emocional en dicha muestra; estudiar la relación entre estrategias de afrontamiento, regulación emocional, desajuste y síntomas clínicos; analizar las diferencias en afrontamiento y regulación emocional en función de los síntomas clínicos, el desajuste emocional y el grado de satisfacción vital informado; y estudiar el efecto diferencial del tipo de infertilidad, el tiempo de evolución de la enfermedad, la cantidad y tipo de tratamientos realizados y la edad sobre las variables bajo estudio. Se realizó un estudio descriptivo-correlacional, basado en un diseño no experimental, de corte transversal. El protocolo de evaluación aplicado incluyó un Registro de Datos Sociodemográficos y Clínicos específicamente confeccionado para este estudio, y seis medidas de autoinforme, los instrumentos empleados fueron: Cuestionario de Síntomas SA-45 (Sandín, Valiente, Chorot, Santed & Lostao, 2008), Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988; adaptación Moriondo, Palma, Medrano & Murillo, 2012), Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad DERA (Moreno-Rosset et al., 2008), Escalas de Dificultades en la Regulación Emocional DERS (Gratz & Roemer, 2004; adaptación

Medrano & Trogolo, 2012), Escalas de Dificultades en la Regulación Emocional DERS (Gratz & Roemer, 2004; adaptación Medrano & Trogolo, 2012), Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A (Moos, 1993; adaptación Mikulic & Crespi, 2008) y la Escala de satisfacción vital ESV (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).

Como conclusión, los resultados obtenidos dan cumplimiento parcial a la hipótesis propuesta, básicamente en lo referido a la regulación emocional como factor importante en el desarrollo de desajuste emocional, de síntomas clínicos y el manejo del estrés ocasionado por la situación. No se constataron las relaciones esperadas con las estrategias de afrontamiento.

Por último, Dlabach (2020) en su tesis titulada “La incidencia de los factores psicológicos en la infertilidad” tuvo como objetivo principal indagar la relación entre los factores psicológicos (principalmente estrés) y la infertilidad, para así arrojar luz sobre la contribución del profesional de la psicología en el proceso de atención a usuarios de los tratamientos de reproducción humana asistida. Contó con una metodología cualitativa donde se llevaron a cabo dos entrevistas en profundidad. Los resultados obtenidos arrojaron que el estrés no sólo es consecuencia de la infertilidad, sino que puede incidir en el curso de la misma; por ende, el apoyo y la orientación emocional por parte de un profesional de la psicología se vuelve fundamental.

En síntesis, de las investigaciones revisadas, se llegó a la conclusión de que, si bien los factores psicológicos no tienen un control completo sobre el proceso salud-enfermedad, sí ejercen su influencia sobre el mismo y especialmente sobre la salud mental de las personas que lo padecen. Esto justifica la pertinencia del profesional de la psicología en el ámbito de la infertilidad.

## **2.2. Encuadre Teórico**

A continuación, se desarrollan los conceptos teóricos fundamentales involucrados en la presente investigación:

### **2.2.1. Infertilidad. (Qué es y que genera a nivel psicológico)**

Se definirá infertilidad desde el punto de vista médico y psicológico.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020, citado en Mazzoni 2022)

Desde el punto de vista médico, la infertilidad se define como una enfermedad del sistema reproductivo masculino o femenino caracterizada por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales de manera regular, sin utilizar métodos anticonceptivos. La infertilidad primaria es la incapacidad de embarazarse, mientras que la infertilidad secundaria es la incapacidad de tener un embarazo después de una concepción exitosa previa. También la OMS aclara que la infertilidad puede atribuirse a factores masculinos, factores femeninos o una combinación de ambos factores, o bien puede ser inexplicable (ESCA, esterilidad sin causa aparente). (p. 276)

En la presente investigación se toma fertilidad y esterilidad como sinónimos.

Desde un punto de vista físico, la inmensa mayoría de las personas que tienen este problema no presentan ninguna repercusión física negativa: no muestran síntomas específicos, no padecen ningún dolor, malestar, ni impedimento físico; ni corren riesgo de presentar otros trastornos físicos derivados de este problema. Así muchas personas con dificultades reproductivas pueden pasar gran parte de su vida desconociendo la enfermedad y disfrutando de una vida plena.

El “problema biológico de la infertilidad” sólo se evidencia cuando se somete a prueba la función reproductora en condiciones adecuadas y fracasa. De este modo, aparece una disfunción biológica en relación con la reproducción, cuya consideración no se limita a la estricta problemática anatómico-fisiológica presente en cada caso, sino que puede trascender hacia el nivel de la procreación-paternidad. Por tanto, una vez descubierta esa disfunción orgánica puede permanecer como tal, sin incidir en la calidad de vida de la persona; puede pasar a ser un problema más de entre los diversos tipos de trastornos biológico-médico con que han de enfrentarse las consultas obstétricas y ginecológicas, o convertirse en un “problema personal”. El factor general que determinará que ocurra alguna de estas posibilidades es el deseo de tener un hijo, y más concretamente ha de ser el deseo de tener un hijo biológico. Sin la intervención de esta variable, al menos en un nivel medio-elevado, no es probable que una persona ni siquiera inicie un tratamiento de reproducción asistida, ni se convierta esa disfunción biológica en un problema personal. Así, los determinantes biológicos de la infertilidad sólo alcanzan la cualidad de problema cuando, y en cuanto, suponen una frustración de la aspiración de procrear (Llavona y Mora, 2002, citado en Llavona, 2008). Por esto, en las Guidelines for Counselling in Infertility de la ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), cuando se abordan las características específicas de las consultas de infertilidad, se afirma que “el foco central de la consulta es un deseo no cumplido o una meta de la vida” (Kentenich, 2002, p. 1, citado en Llavona, 2008).

Siguiendo con la misma línea, dicho autor afirma que:

el “problema clínico” resulta ser todavía más atípico si se tiene en cuenta que en la mayoría de los casos están implicadas dos personas y que, independientemente de en quién resida la disfuncionalidad orgánica (en uno de los dos o en ambos), la situación de infertilidad se extenderá a la pareja, dando lugar a “parejas infértiles”.

Por tanto, el problema de la infertilidad pasa a sustanciarse como un problema de “parejas con incapacidad de procrear”, o como “parejas con frustración de un deseo importante o meta de la vida”. (Llavona, 2008, p. 159)

Por su parte, Mazzoni (2022) propone que la infertilidad

Es una crisis inesperada, que afecta al ciclo vital, poniendo en juego en mayor o menor medida el guion personal y tiene como consecuencias alteraciones en las áreas emocional, cognitiva y conductual e implica múltiples pérdidas o duelos. Es una crisis inesperada porque la mayoría de las personas supone fertilidad, las personas se preguntan cuándo pero no, si podrán o no. (p.276)

La crisis es definida como un estado de conmoción, de parálisis en una persona que sufre o ha sufrido un gran shock. Sobreviene cuando el estrés actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas. La persona o la familia se encuentra ante un obstáculo que no pueden superar por sus propios medios. (Du Ranquet, 1996, citado en Fernández, 2010, p.5)

La persona está siguiendo una trayectoria vital, en donde se van sucediendo situaciones cambiantes más o menos placenteras o estresantes, pero en la que se siente en equilibrio, con la capacidad y los recursos suficientes para manejarlas. Existe un funcionamiento razonablemente satisfactorio, con un determinado nivel de calidad de vida. Inesperadamente se produce una quiebra brusca en esta trayectoria, en donde este equilibrio se pierde. Hay una serie de pérdidas o daños percibidos que hacen que la calidad de vida descienda bruscamente, mayor aún por las emociones que generan. Los recursos habituales de afrontamiento en situaciones difíciles no son aplicables o no producen el resultado esperado. Se interrumpe el normal discurrir de la vida y se perturba el patrón de vida previo. (Fernández, 2010, p.5)

Según Erikson (1959, citado en Fernández, 2010) las crisis pueden ser del desarrollo o evolutivas (esperables) o circunstanciales (accidentales inesperadas o imprevisibles). Las crisis del desarrollo son más predecibles y sobrevienen cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la senectud. Presentan una conducta indiferenciada y marcan un trastorno en el área intelectual y afectiva.

En el marco de la investigación propuesta, la infertilidad se considera una crisis circunstancial. Las crisis circunstanciales son inesperadas, accidentales y dependen sobre todo de factores ambientales. Abarca alteraciones emocionales y de la conducta ante pérdidas o amenaza de pérdidas de los aportes básicos (físicos, psicosociales y socioculturales que están interrelacionados): Separación, Pérdidas, Muerte, Enfermedades corporales, Desempleo (...) Accidentes, Otros. (Erikson, E. 1959, citado en Fernandez, 2010, p. 6-7).

En base a la teoría del desarrollo psicosocial propuesta por Erikson, nos enfocamos específicamente en el estadio de generatividad versus estancamiento, que abarca el periodo desde 30 a 50 años.

En este estadio, la prevalencia del modo psicosexual es la cualidad de la generatividad que es, fundamentalmente, el cuidado y la inversión en la formación y la educación de las nuevas generaciones, de los propios hijos, los hijos de los otros y de la sociedad. La crisis psicosocial del adulto se caracteriza por el conflicto de la generatividad versus el estancamiento (...) Esta dialéctica representa la fuerza de generación y de desarrollo de la vida humana o a su extinción, por eso ella se vuelve, para cada persona, la más esencial y significativa cualificación, determinando su experiencia de vida o de muerte. (...) Siempre que la fuerza generativa fracasa surge un sentimiento de estancamiento, depresión, de narcisismo que imposibilitan la eficiencia y eficacia del amor (vida matrimonial) y del trabajo (profesión). El estancamiento representa una regresión psicosocial y la necesidad

obsesiva de pseudo-intimidad, acompañada de sentimientos de infecundidad personal y social, sentimiento percibido en la incapacidad de generar, de producir y de criar. El rechazo es un sentimiento de aislamiento y alejamiento de los otros, puede percibir las personas, los grupos, las culturas, naciones y la misma humanidad como una amenaza para ellos. Cuando el rechazo social es inhibido se puede volver contra la propia persona, como auto-rechazo. (Bordignon, 2005, p. 59-60)

Para Fernández-Álvarez (1997, citado en Mazzoni, 2022) “en la infertilidad, el sufrimiento deriva de la evaluación que hacen las personas de la infertilidad. Tener hijos implica una expectativa muy poderosa, en general, dentro del guión personal.” (p. 276)

“La infertilidad genera alteraciones en las áreas emocionales, cognitivas y conductuales”. (Mazzoni, 2022, p.277)

Urdapilleta (2012, citado en Mazzoni 2022) propone que dichas alteraciones se podrían ver reflejadas en consecuencias como ansiedad (estrés crónico), depresión, posibles sentimientos de fracaso personal y culpa, acompañados de una montaña rusa emocional, así como disfunciones sexuales y de pareja, aislamiento social, baja autoestima y autoconcepto. A su vez, se presentan el duelo por pérdida de control sobre la vida (cuerpo, tiempo, planes, trabajos, deseos, etc.), del guion personal, del hijo genético (en casos de donación o adopción), la pérdida por la posibilidad de gestar y parir (gestación subrogada o adopción).

Para comprender mejor el impacto que una situación de infertilidad puede tener en la pareja hay que entender los significados que los sujetos atribuyen a la parentalidad. Querer o desear tener un hijo puede constituirse como la dimensión central del proyecto de vida de una pareja, pudiendo considerarse una etapa del desarrollo para llegar a la madurez, o servir para cumplir el papel de procreación impuesto por la sociedad para mantener la especie (Faria, 2001; Hardy & Makuch, 2002; Leal & Pereira, 2005, citado en Nogueira, 2010). Cuando una pareja se ve impedida para ejercer este derecho por un diagnóstico de

infertilidad, este acontecimiento de vida estresante e inesperado podrá ser considerado como un “golpe existencial” o como una maldición (Faria, 1990; Herz, 1989; Burt & Hendrick, 2005, citado por Nogueira, 2010). La confirmación de un cuadro de infertilidad puede generar una profunda herida en la integridad emocional y psicológica de la pareja.

Según Leal y Pereira (2005) esta situación deberá contextualizarse como un acontecimiento de vida (life-event) caracterizado por la aparición de síntomas comunes a una situación de crisis y, cuyo impacto puede alterar el estado emocional de la pareja (Moreno-Rosset, 2000, 2009, citado en Nogueira, 2010). Según Vaz-Serra (1999) en su modelo de estrés el fenómeno de la infertilidad lo podríamos definir como un “acontecimiento deseado que no ocurre” (citado en Nogueira, 2010, p. 52).

Moreno-Rosset (2000, citado en Nogueira, 2010), tomando el aporte de diferentes autores, describen las fases principales de resolución y las respectivas respuestas desencadenadas en hombres y mujeres frente a la infertilidad:

En la primera fase de **diagnóstico**, las parejas experimentan de forma brusca negación y aislamiento, como indica Worden (citado en Moreno-Rosset, 2000) se trata de...” reconocer la realidad de la situación o de la pérdida”. La negación se puede manifestar en la búsqueda de otro centro médico, o presentando una reacción de fuga hacia adelante. Cada sangrado menstrual es vivido por la mujer con sentimientos mezclados de frustración, desolación y tristeza (Leal & Pereira, 2005). Syme (1997, Palacios & Jadresic, 2000) denomina esta etapa de **paralización**, pues en ella se produce la invasión de sentimientos repetidos de incertidumbre, de que puede existir algún error en el diagnóstico.

La etapa siguiente propuesta por Syme (1997, citado por Palacios & Jadresic, 2000) es caracterizada por el **Anhelo**, por la gran necesidad de concretar el deseo de ser padres, deseo este que, al no poder ser satisfecho, se ambiciona arduamente,

esta etapa es semejante a la fase de **reacción o de manejo de sentimientos** frente el diagnóstico. Aquí despuntan esencialmente la rabia y la depresión (Leal & Pereira, 2005), la cólera, el enfado y la búsqueda de culpables de la situación de infertilidad (Moreno Rosset, 2000). En este momento es muy importante que la pareja trabaje su dolor por la pérdida de control.

Para Syme (1997, citado por Palacios & Jadresic, 2000) existe otra etapa la de **desorganización y desesperación**, caracterizada por una sensación generalizada de culpa (...) la sensación de incontrolabilidad es acentuada, pudiendo ser vivenciada con mucha ansiedad y depresión.

**Planear la acción** es la tercera fase, donde las parejas tienen que decidir una solución, negociando e informándose de las opciones que tienen para intentar controlar la situación (Kubler-Ross, in Moreno-Rosset, 2000; Leal & Pereira, 2005). A esta etapa Syme (1997, in Palacios & Jadresic, 2000) la designa de **reorganización**, implicando la aceptación y el restablecimiento de la vida normal de la pareja. Para este autor esta fase puede durar entre dos y cinco años o bien que nunca ocurra.

La fase de **aplicación del tratamiento especializado**, conlleva según Kubler-Ross (in Moreno-Rosset, 2000) un aumento de los sentimientos de ansiedad y de estrés por la confrontación con sentimientos de pérdida y de prejuicios de una vida sin hijos.

Por último, en la fase de **espera de los resultados**, la pareja vuelve a tener que aceptar la realidad, además centrarse en el presente y prever el futuro. Según Worden (citado por Moreno-Rosset, 2000) las parejas “deben recolocar sus emociones de forma que puedan reinventar la vida sin hijos” o bien prepararse para

la parentalidad. Esta resolución que sucede al sufrimiento puede durar meses o años (Leal & Pereira, 2005, Nogueira, 2010). (Nogueira, 2010, p. 52-53-54)

Asimismo, dicho autor agrega que

Los factores psicológicos de las mujeres, según Anderson et al. 2003 (en Nodim, 2005, citado en Nogueira, 2010), incluyen sentimientos de frustración y de disminución de la femineidad que culminan con baja autoestima. Estas mujeres vivencian incluso distrés psicológico, disforia, decadencia de la función sexual y sentimientos de desvalorización personal. En muchos casos, este problema pasa a tener tanta importancia en sus vidas que acaban por desinteresarse de otros aspectos importantes (Anderson, 2003). Según este autor, las mujeres tienden a ser las más afectadas emocionalmente y esta tendencia se mantiene durante el tratamiento. (Nogueira, 2010, p. 57)

También, cabe aclarar que debido a todo lo mencionado anteriormente, se pondrán en juego las estrategias de afrontamiento de la pareja y de cada miembro individual.

Siguiendo la línea de lo planteado hasta el momento, las fuentes de estrés que se derivan de lo mencionado (Mazzoni, 2022) se dan a causa de la pérdida en sí misma, la invasión al cuerpo propio o la conciencia de esa invasión al cuerpo de la pareja, a la sexualidad de la pareja y el impacto que esto le genera, también por la cronicidad de la infertilidad y la repercusión que produce dicha problemática en el entorno social y familiar (dificultades para acompañar, comprender, no lastimar), que pueden minimizar o restarle importancia y gravedad a la temática (las personas opinan como si supieran de la infertilidad, dan consejo sin que se los pidan, preguntan invasivamente sin darse cuenta). También es de importancia considerar factores estresores como el de la limitación o afrontamiento económico, los dilemas bioéticos, morales, espirituales o religiosos, los obstáculos de los vacíos u otros temas legales, etc.

El esfuerzo financiero que implican la evaluación y los tratamientos son una fuente adicional de estrés que puede provocar un reajuste de las prioridades financieras de la familia. No es raro que las parejas recurran a un crédito para costearlos, ya que muchas veces son extremadamente caros, aunque el porcentaje de éxito sea reducido. Por otro lado, las mujeres pueden postergar o abandonar su carrera profesional para hacer frente a las exigencias físicas y logísticas de los tratamientos (Burt & Hendrick, 2005, citado en Nogueira, 2010).

En este sentido, el tratamiento debe acompañarse de apoyo psicológico para poder manejar la vulnerabilidad emocional inherente a este suceso de vida y, para no hacer del tratamiento un amplificador del conflicto, por la necesaria inclusión de un tercer elemento (el equipo médico) en la dinámica de la pareja (Sá, 2001; Kemeter & Fielg, 1998, en Leal & Pereira, 2005, citado en Nogueira, 2010, p. 58)

### **2.2.2. Tratamientos de reproducción asistida.**

Cuando una pareja, después de decidir tener hijos, ve su sueño postergado mes a mes, con la aparición de la menstruación de la mujer, pueden desarrollar sentimientos de preocupación o angustia y frente a esa situación pedir ayuda especializada. En esta primera fase la pareja tendrá que recurrir a su médico de cabecera. Podremos designar el tipo de evaluación médica realizada en este momento, en el sentido de intentar identificar una condición médica que impida el embarazo deseado, con los tratamientos de primera escala (Bryan & Higgins, 2002; Gonçalves, 2005; citado en Nogueira, 2010)

Cuando un miembro de la pareja sospecha tener un problema de fertilidad, empieza una búsqueda de explicaciones, generalmente junto a su médico de atención primaria, quien, ante la sospecha de un diagnóstico de infertilidad, debe encaminarlos a los centros de

reproducción. La decisión de buscar apoyo especializado, tendrá que ser examinada por el equipo médico, independientemente de estar identificada la causa del problema (Nodim, 2005, citado en Nogueira, 2010). Muchas veces la pareja presenta cogniciones erróneas acerca del proceso del tratamiento, pensando que su problema será solucionado pronto por el simple hecho de ir al centro (Rosset, 2000). (...) En este sentido, es muy importante que el equipo biomédico trate la enfermedad como un diagnóstico conyugal para que ambos se impliquen en el proceso y tomen conciencia de las respectivas consecuencias muchas veces morosas, dolorosas y estresantes del punto de vista físico y emocional (Sá, 1997; Moreno-Rosset, 2000; Nodim, 2005). Se deben explicitar todas las informaciones sobre las posibilidades de los tratamientos adecuados a cada problemática, así como las pruebas diagnósticas a que deben someterse (...) e informarlos de todos los costes asociados al tratamiento. (Nogueira, 2010, p. 54-55)

Siguiendo un modelo de análisis biopsicosocial, Gerrity (2001, citado en Nogueira, 2010) propuso la división de las parejas en las siguientes fases de tratamiento médico a causa de infertilidad.

1. Fase de evaluación inicial: los sujetos llevan por lo menos un año sospechando que existe un problema de infertilidad, estando aún en fase de evaluación.
2. Inicio del tratamiento: se ha realizado el diagnóstico y se ha planificado un plan de tratamiento.
3. Tratamiento regular: las parejas han consultado a varios especialistas y han estado involucradas en múltiples tratamientos durante dos a cinco años.
4. Casos persistentes: las parejas han estado siendo seguidas por médicos especializados durante más de cinco años, presentan múltiples problemas de fertilidad o infertilidad inexplicable.

5. Tratamiento concluido: las parejas han decidido dejar de buscar tratamiento después de varios intentos, debido a un diagnóstico de esterilidad, haber tenido un hijo biológico, haber adoptado un niño o haber optado por vivir sin hijos.

De acuerdo a lo mencionado, durante el tratamiento de reproducción asistida, es fundamental además del abordaje médico, realizar un abordaje y acompañamiento psicológico e integral. La infertilidad y el sometimiento a técnicas de fertilización asistida son ejes centrales para la Psicología de la Reproducción ya que son factibles de desencadenar alteraciones emocionales, trastornos psicológicos, frustración y mucho estrés. La mayoría de las veces, el impacto psicológico de los tratamientos de infertilidad suele ser negativo y la orientación y/o intervenciones psicológicas muestran resultados positivos que regulan los desajustes emocionales en las parejas infértiles. (Bouquet, 2011)

Cuando se descubre que la pareja tiene problemas de fertilidad es común que aparezcan reacciones emocionales diversas de gran impacto psicológico y mucho estrés ya que suele suceder después de un largo tiempo de búsqueda del embarazo (...) se vincula la infertilidad con una crisis vital más del individuo como lo son la adolescencia y el embarazo en el caso de la mujer. Esta crisis afecta a la pareja, a cada uno de sus miembros de manera individual y a la familia en general, siendo lógico que frente al diagnóstico y los tratamientos de infertilidad (si los hay) afloren síntomas depresivos y ansiosos. (...) no todas las personas con problemas de infertilidad tienden a desarrollar trastornos mentales. Por consiguiente, se considera necesario que las parejas infértiles que desean concebir un hijo y estén pensando en someterse a tratamientos de fertilización asistida o ya estén iniciando un ciclo de tratamiento tengan la posibilidad de que se les brinde una orientación y un apoyo psicológico especializado y/o intervenciones psicoterapéuticas. (Bouquet, 2011, p. 32)

La infertilidad es considerada una “enfermedad crónica en la que la asesoría y/o intervención psicológica juega un papel primordial (...) es necesario brindarles a los pacientes, a la pareja, ciertas estrategias de afrontamiento para poder transitar todo el proceso lo mejor posible” (Bouquet, 2011, p. 33)

Las problemáticas que se suelen presentar en estos casos, refieren a un fuerte deseo no cumplido, estrés de tipo emocional debido a los reiterados tratamientos cíclicos que implican a su vez reiterados fracasos y que desencadenan un desajuste psicológico, dificultades en las diferentes esferas de la vida en pareja (sexualidad, relación, familia) debido a los procedimientos diagnósticos y los tratamientos, conflictos éticos. Además de presentar autoestima pobre, sentimientos de inferioridad o de incompletud y una mala autoimagen, complicaciones con respecto a la sexualidad y la relación de pareja, al estado de ánimo, la concentración y la ansiedad. (Kentenich, citado en Bouquet, 2011)

(...) la infertilidad es una situación traumática y una crisis psicológica en la que han de enfrentarse al reconocimiento de incapacidades en un terreno estrechamente unido al sentimiento de valía de uno mismo (...) en las que él/los “hijos” deseados, pero no logrados suelen ser vividos como una pérdida irreparable de sí mismos” (Ávila y Moreno-Rosset, 2008, citado en Bouquet, 2011, p. 33)

El psicólogo es responsable de orientar a los pacientes y al equipo médico, esto lo realizará brindando información en el momento correcto, de forma adecuada y realista. Será mediador entre médico y paciente, y fomentará una actitud activa en el mismo que le permita tener mayor participación en la toma de decisiones y una sensación de control de la situación de infertilidad y trabajando en el apoyo social de la pareja.

Asimismo, los objetivos terapéuticos son restablecer el autoconcepto y la autovaloración personal, fortalecer todo lo referente a la sexualidad de la pareja, su

comunicación y al medio que la rodea. buscando principalmente restablecer el ajuste emocional de las parejas infértiles y ayudar a los miembros a seguir viviendo, aceptando la infertilidad, aunque cause dolor. (Bouquet, 2011)

Las técnicas de reproducción asistida se definen como una serie de técnicas cuyo objetivo es facilitar el encuentro entre óvulo y espermatozoide. (Cubillos, 2013)

Según las distintas formas de acercar los espermatozoides al/los óvulos y el nivel de complejidad, serán caracterizadas como técnicas de baja o alta complejidad.

#### ***2.2.2.1. Tratamientos de fertilidad de baja complejidad:***

Como afirman los autores Miasnik y Tessari (2020)

Las técnicas de reproducción asistida de baja complejidad son aquellas que requieren una baja dificultad técnica y logística, en comparación con las de alta complejidad. Estos procedimientos se diferencian, además, porque intentan lograr la fecundación del óvulo dentro del cuerpo de la mujer, mientras que las técnicas complejas consiguen la fertilización del óvulo en el laboratorio de embriología. “(p. 209)

Cuando hablamos de técnicas de baja complejidad los autores Miasnik y Tessari (2020) se refieren a:

1. Relaciones sexuales programadas. (RP): El objetivo de esta práctica es monitorear del desarrollo folicular para sincronizar el evento ovulatorio con el coito. Se aconseja en casos de esterilidad sin causa aparente y en pacientes anovuladoras crónicas. También se le puede indicar a la pareja el cronograma de ventana fértil y sugerirles que mantengan relaciones sexuales cada 48 hs durante un período de alrededor 5 días

a partir de la identificación ecográfica del folículo preovulatorio maduro o del pico de LH.

2. Inseminación Intrauterina. (IIU): Consiste en el depósito de semen, previamente procesado con técnicas de capacitación espermática, en la porción superior de la cavidad uterina mediante una cánula, con lo que se evitan las barreras naturales que presenta el trayecto genital inferior femenino para los espermatozoides. Esta técnica puede realizarse con semen de la pareja o con semen de donante.

Estos métodos requieren del seguimiento médico del desarrollo folicular mediante un control ecográfica transvaginal hasta determinar el momento óptimo para gatillar la ovulación e indicarle a la pareja el momento más adecuado para el coito en el caso de las relaciones sexuales programadas o para procesar la muestra de semen y depositarla en el útero a través de una cánula en el caso de la inseminación intrauterina.

En cuanto a los factores pronósticos la edad de la mujer es el más importante para tener en cuenta durante el asesoramiento, así como también el tiempo de búsqueda antes del embarazo (hay mejor pronóstico de infertilidad cuando es menor de tres años). (p. 210-211)

#### ***2.2.2.2. Tratamientos de fertilidad de alta complejidad***

“Son las técnicas en las que los óvulos son extraídos del cuerpo de la mujer y se realiza la fertilización con el espermatozoide en el laboratorio. Y luego se transfiere el embrión directamente al útero de la mujer” (Branzini y Lancuba 2020, p. 219)

“Implica el abordaje extracorpóreo de óvulos, espermatozoides y embriones. Son todos los procedimientos que incluyan procesos in vitro de ovocitos, espermatozoides o embriones humanos con el propósito de lograr embarazo “. (Branzini y Lancuba, 2020, p. 219).

Dentro de este tipo de tratamientos, los autores Branzini y Lancuba (2020) sostienen que existen dos tipos:

1. Fertilización in vitro (FIV): Es el procedimiento de técnica de reproducción asistida que involucra la fecundación extracorpórea. La fecundación es el proceso por el cual interactúan los ovocitos y los espermatozoides, logran el reconocimiento mutuo y se fusionan para crear un cigoto, el cual luego se desarrolla para formar un nuevo individuo. Requiere de una cuidadosa evaluación de múltiples factores pronósticos y diagnósticos de los pacientes involucrados. (p. 221)
2. Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI): Procedimiento en el cual un solo espermatozoide es inyectado dentro del citoplasma ovocitario. La ICSI es una técnica indicada en casos de infertilidad masculina severa. Es una tecnología de fertilización micro asistida en la cual se realiza la inyección del espermatozoide atravesando la zona pelúcida y la membrana plasmática del ovocito. (p. 224)

### **2.2.3. Estrés**

Según afirma el autor Hans Seyle (1936, citado en Hernández Pérez 2013), quien fue el primero que utilizó el concepto estrés, el mismo se define como “una respuesta no específica del cuerpo a cualquier requerimiento. Se desarrolla como reacción a un estímulo llamado estresor e implica un proceso de adaptación que se manifiesta mediante cambios en los niveles hormonales” (p.19)

Por lo tanto, el autor Hans Seyle (1936, citado en Hernández Pérez 2013) agrupa las definiciones de estrés en tres enfoques:

1. Estrés como estímulo: Se define el estrés como estímulo o condición ambiental cuando se dedica a identificar las diferentes fuentes de presión que inciden en las personas y al estudio de las respuestas fisiológicas, cognitivas, y conductuales consecuencias de dicha presión. Ejemplo de eso sería el trabajo excesivo, responsabilidad alta en un acontecimiento, etcétera.
2. Estrés como respuesta: Es como los indicios de tensión, es decir, son las respuestas psicofisiológicas y conductuales las que lo definirían. Se refiere a las alteraciones en los sentimientos, emociones, comportamientos.
3. Enfoque interactivo: Trata de integrar las dos posturas anteriores y se define como la interacción del individuo con el medio, es decir, en la valoración que el sujeto hace de la situación. Esta postura es la más aceptada en la actualidad y casi todos los autores actuales siguen este enfoque.

Tomando en cuenta los enfoques expuestos, la autora define el estrés como una respuesta adaptativa ante un estímulo exterior, como una herramienta del individuo para superar determinadas situaciones, y que en un primer momento es una reacción positiva. Así en 1986 Lazarus y Folkman lo consideran como: Una relación particular entre el individuo y el entorno. (p. 19-20)

Los estudios realizados por Levine (1983) y presentados por Esteve (1995) (citados en Hernández Pérez, 2013) señalan tres etapas en el proceso de manifestación del estrés.

En primer lugar, se encuentra la fase de alarma, la cual se caracteriza por la incertidumbre y la confusión. En esta etapa se reconoce la situación estresante y esto hace que el individuo deba movilizar mayor energía para poder afrontar la situación. En segundo lugar, se encuentra la fase de resistencia en la cual el organismo pone en marcha mecanismos biológicos para poder superar la crisis. En caso de que la amenaza sea constante, se puede dar una rotura de ese equilibrio que se consigue con los mecanismos puestos por la persona

para contrarrestar la crisis. Y por último se encuentra la fase de agotamiento en la cual se puede dar lugar a alteraciones fisiológicas que pueden derivar en daños patológicos si el organismo ya no puede mantener respuestas adaptativas.

“En caso de persistencia del estrés, el organismo cede a un estado de extenuación, agotando todos los recursos del cuerpo para manejar este desgaste, generando así complicaciones en la salud y, en casos límite, la muerte” (Ramos, 2004; Frasilho, 2005, citado en Nogueira, 2010, p. 61).

Norfolk (2000, citado en Hernández 2013) describe el estrés como:

Un ingrediente inevitable de la vida, similar al hambre o a la sed. Supone que todos tenemos estrés, el problema surge cuando esa tensión producida en el organismo ante un estímulo es negativa y agobia a las personas. Toda persona tiene un nivel de ansiedad que mejora el rendimiento y por encima de ese nivel pueden surgir consecuencias perjudiciales. (p. 20)

Lazarus (1999) menciona dos tipos de estrés:

El Distrés: el cual refiere a dolor y angustia. Es un tipo destructivo, ilustrado por la ira y la agresión, el cual es perjudicial para la salud. Y por otro lado el Eustrés: el cual es el tipo cognitivo, ilustrado por emociones asociadas con preocupación empática por los demás y con los esfuerzos positivos que beneficiarían a la comunidad y se dice que es compatible o que protege la salud del individuo. (p. 44)

El autor Lazarus (1966, citado en Lazarus, 1999) también diferencia tres tipos de estrés psicológico:

En primer lugar, el daño/pérdida, el cual se vincula con el perjuicio o pérdida que ya se ha producido. La amenaza, que se relaciona con daño o pérdida que no se ha producido aun, pero que es posible o probable que en un futuro cercano. El desafío, que consiste en la sensibilidad de que, aunque las dificultades se interponen en el camino del logro, pueden ser superadas con entusiasmo, persistencia o confianza en uno mismo. Cada uno de ellos se maneja de forma diferente y tiene unos resultados psicofisiológicos y de ejecución diferentes. (p. 44-45)

Estas perspectivas descuidan los aspectos emocionales intrínsecos a los estresantes, construyendo modelos que explican el estrés como una consecuencia de los sucesos de vida (Bennett, 2002; Ramos, 2004, citado en Nogueira, 2010). Hoy en día no sólo se comienzan a identificar los sucesos de la vida considerados graves, potencialmente generadores de estrés, sino también sucesos relacionados con los cambios en el ciclo evolutivo de los sujetos (Newton et al., 1999; Seara, 2002; Ramos, 2004, citado en Nogueira, 2010); se empieza a establecer una asociación entre el número de sucesos de vida y el grado de estrés, evidenciándose que su aumento es directamente proporcional al mayor riesgo de enfermedad (Holmes & Rahe, cit por Bennett, 2002; Seara, 2002, citado en Nogueira, 2010).

Aunque la importancia de la identificación de determinados acontecimientos estresantes se considere por muchos un generador de situaciones de estrés, no se comprendía aún cómo los mismos sucesos pueden generar en los diversos individuos respuestas tan variadas, la explicación la propone el modelo propuesto por Lazarus, en la década de 80, que describe no sólo las emociones negativas que la situación estresante evoca, sino también las estrategias que los sujetos ponen en marcha para hacerles frente (Suárez, 2000; Bennett, 2002; Seara, 2002, citado en Nogueira, 2010, p. 61).

Otro modelo de carácter psicológico, defiende que la experiencia del estrés es producto de la combinación de varios factores, como son la percepción del significado que el sujeto le atribuye a un suceso y las respectivas estrategias de afrontamiento que el sujeto moviliza para manejar el estrés (Newton, Sherrard & Glavac, 1999; Suárez, 2000; Ribeiro, 2005, citado en Nogueira, 2010, p. 59-60).

Esta perspectiva más psicológica considerada por Ramos (2004) y por Newton et al. (1999) valora la sensación amenazante que los sujetos sienten frente a los estresantes; o sea, lo que será determinante en el desarrollo de problemas relacionados con el estrés tiene más que ver con el significado o evaluación que el individuo hace de la situación y de las estrategias que pondrá en marcha para manejar la fuente de estrés que con su intensidad. Parece claro, entonces, que el estrés puede ser causado por cualquier tipo de estímulos designados como estresantes. (citado en Nogueira, 2010)

Según Ramos (2004) dentro de los estresantes ambientales se pueden incluir los sucesos de vida que imponen un cambio necesario para restablecer el equilibrio del organismo. El autor identifica estresantes cotidianos, relacionados con los problemas de rutina de los sujetos. Por último, entiende a los estresantes crónicos como los no sucesos (Newton et al., 1999; Serra, 1999, Vaz-Serra, 1999), donde se pueden incluir los problemas de infertilidad, como percibir de forma involuntaria una vida sin hijos, que podrá originar una variedad enorme de problemas psicológicos. (citado en Nogueira, 2010, p. 62)

El estrés crónico, según Newton et al. (1999, citado en Nogueira, 2010) se puede entender como “el conjunto de sucesos relacionados y condiciones que persisten en el tiempo y que se perciben como amenazantes para los sujetos en sus importantes roles sociales o sus dominios” (Nogueira, 2010)

### ***2.2.3.1. Estrés- ansiedad en parejas infértiles***

El concepto de estrés ha sufrido modificaciones en el transcurso del tiempo y actualmente se conceptúa en el marco de una perspectiva biopsicosocial que integra los factores biológicos, psicológicos y sociales del individuo. Incluso, se ha verificado que el estrés relacionado con la problemática de la infertilidad posee características particulares, que deberán abordarse desde una perspectiva integradora y sistémica, pues el problema de fertilidad surge en el seno de la pareja y, por esa razón, su estudio deberá tener en cuenta esa díada única, en sus diversas dimensiones, tales como la relación que cada elemento de la pareja va estableciendo con los otros y las preocupaciones que cada uno manifiesta a nivel de la relación sexual y conyugal. El impacto del estrés en el sujeto estará igualmente mediado por la necesidad que cada sujeto tiene de ejercer el papel parental y, por último, por cómo evalúa la posibilidad de su existencia sin hijos. (Nogueira, 2010, p. 74-75)

Nogueira (2010) afirma que

Estos factores, desarrollados en los trabajos de Newton et al. (1999) nos permiten acceder a un nivel de estrés global, que nos proporciona información valiosísima para delinear e identificar las estrategias de coping (afrentamiento) que los sujetos utilizan para manejar estos estresores, en el sentido de optimizar los recursos individuales de cada miembro de la pareja con problemas de infertilidad. (p. 75)

Los niveles de estrés están normalmente elevados en las mujeres, ya que tienden a asumir la responsabilidad por el problema de fertilidad, incluso cuando la causa se desconoce (Greil, 2004, citado en Nogueira, 2010). Esto podría deberse al mayor conocimiento científico a nivel biológico del aparato reproductor femenino y, en consecuencia, recae sobre las mujeres la mayor parte de los tratamientos realizados (Ponjaert-Kristoffersen & Baetens, 1999; Suárez, 2000; Hurtwitz, 1989, en Gerrity, 2001, citado en Nogueira, 2010).

Mazzoni (2022) afirma que

La relación entre estrés e infertilidad es muy controversial. Lo que se sabe es que el estrés es una consecuencia que deriva de la infertilidad y de sus tratamientos, motivo por el cual muchos pacientes abandonan los tratamientos médicos, siendo la primera causa de abandono de los tratamientos reproductivos. (p. 288)

Veiga y col. (2013) sugieren que “la infertilidad comienza a generar estrés con la sospecha de que el embarazo está demorando en llegar, y luego, cuando se confirma el diagnóstico. (p.83).

Alice Domar (1993, citado en Mazzoni, 2022) dio cuenta hace muchos años de que el impacto emocional del diagnóstico de infertilidad es muy semejante al impacto que genera el diagnóstico de cáncer o enfermedad grave. Por lo tanto, muchas veces al trabajar con esta temática aparecen temas relacionados a la muerte, con una alta carga emocional de angustia, miedo, dolor, enojo, rabia, ira, desesperanza y pérdida de sentido. (p.289)

Según Veiga y col (2013) la maternidad está íntimamente asociada a la identidad social y personal en muchas mujeres, y por lo tanto dejar la fertilidad en manos de un equipo médico, desemboca en una gran sensación de falta de control, lo cual, a su vez, genera una gran demanda psicológica al darse cuenta que la fertilidad no es algo que esté bajo el control de la persona.

“Cuando se trabaja en infertilidad, se elaboran múltiples duelos, incluso llevando a un cambio impensado por el consultante, al cambio de sentido en la vida” (Mazzoni,2022, p. 89)

Siguiendo lo planteado por dicha autora (2022) “el estrés, entendido desde la PINE, puede desencadenar en el organismo muchas consecuencias posibles que perjudican la calidad de vida de las personas y de las parejas. Es por ello que se recomienda acompañamiento psicológico en los tratamientos”. (p. 289)

Mazzoni (2022) da cuenta de que

Quedan sobre la mesa los valores de cada uno, los de la pareja, las creencias religiosas, la ética, la moral, la identidad, la autoestima, el autoconcepto, los mecanismos de afrontamiento, las defensas, las fantasías y todo cuanto se quiera agregar. Todos tenemos una ideología desde la cual miramos al mundo y esta, también, se ve en jaque en la infertilidad. (p. 289)

También, teniendo en cuenta lo dicho anteriormente por la autora (2022) “Muchos médicos derivan a psicoterapia porque el distrés es la principal causa de abandono de los tratamientos. Por lo tanto, se observa mucho más que en otras áreas de la medicina, la derivación al psicólogo”. (p. 290)

Veiga (2013) afirma lo siguiente

El diagnóstico de infertilidad causa estrés, fundamentalmente por la imposibilidad de concretar el deseo de tener un hijo en el corto plazo, la incertidumbre acerca del resultado y el tiempo que conllevará lograrlo (...) El tratamiento genera estrés, principalmente cuando la pareja se enfrenta a varios fracasos y debe repetir los ciclos de tratamiento. El estrés se ve agravado debido al alto costo económico y al impacto emocional que implica tener que tomar la decisión de no iniciar un nuevo procedimiento. (p.86)

Dicho autor (2013) sostiene que el estrés y la infertilidad coexisten. En determinados casos es el estrés el que influye en la infertilidad, causando dificultades en las relaciones sexuales o disfunciones en la ovulación. En otros casos, sucede a la inversa, la infertilidad es la que trae como consecuencia el estrés. Debido a lo expuesto, se puede afirmar que a las parejas infértiles les es muy difícil sobrellevar su enfermedad, debido al sufrimiento que la misma genera. (p. 86)

Por ello, Veiga (2013) sostiene que “varios estudios sugieren que las diferencias individuales en los modos de afrontamiento al estrés pueden influir en la tasa de éxito de los tratamientos.” (p. 86)

A su vez, también afirma que “es necesario, para esto, entender el rol del psicólogo no solamente como agente de psicoeducación y contención emocional, sino como un profesional que, aportando herramientas para abordar el estrés, podría contribuir directa e indirectamente sobre la fertilidad”. (2013, p. 87)

Por otro lado, a pesar de la relación que existe entre los niveles de estrés y los problemas de infertilidad, no poseemos actualmente estudios sistemáticos que comprueben la forma en que el estrés influye en el sistema reproductivo, aunque, parezca evidente que un evento estresante pueda inhibir el eje hipotálamo-hipófisis gonadal y como consecuencia provocar irregularidades en el ciclo menstrual, amenorrea y también infertilidad (Moreira et al. 2005, citado en Nogueira, 2010, p. 62-63).

De esta forma, los tratamientos contra la infertilidad tienen consecuencias en el normal funcionamiento de los sujetos, en su calidad de vida y en su bienestar emocional durante el tiempo en que permanecen involuntariamente sin hijos (Domar et al., 2000, citado en Nogueira, 2010). Los sujetos se pueden sentir desgastados, aislados y vulnerables frente a la experiencia prolongada de estrés, pudiendo incluso comprometer el éxito del tratamiento. (Nogueira, 2010)

#### **2.2.4. Estrategias de afrontamiento del estrés**

El afrontamiento del estrés es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la psicología clínica y la psicopatología, ya que el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud

(Pelechano, 1992; Pelechano, Matud y De Miguel, 1994; Galán, Pérez San Gregorio, y Blanco, 2000; Fernández y Díaz, 2001; citado en Sandín y Chorot, 2019, p. 39).

Pulgar, Garrido, Muela y Reyes del Paso (2009, citado en Barquin y col, 2018) exponen que

El afrontamiento es la manera de hacer frente a situaciones o acontecimientos estresantes. Se define como el proceso dinámico mediante el que la persona, en función de la evaluación de la situación y de sus propios recursos, afronta las situaciones estresantes para resolverlas con éxito. (p. 90)

El mismo “se realiza a través de la utilización de diferentes estrategias que varían en función del contexto y, por lo tanto, pueden ser diferentes dependiendo de la situación desencadenante” (Felipe y León del Barco, 2010, citado en Barquin y col, 2018, p. 90).

Así, Lazarus y Folkman (1986, citado en Barquin y col, 2018) reconocen como estrategias de afrontamiento “los esfuerzos conductuales y cognitivos que la persona emplea para hacer frente a las demandas estresantes y para suprimir el estado emocional que provoca el estrés” (p. 90).

Uno de los significados del afrontamiento que ha adquirido mayor desarrollo en los últimos años tiene que ver con el concepto del estrés como proceso. Partiendo de esta concepción del estrés, el afrontamiento es definido como los esfuerzos en curso cognitivos y conductuales dirigidos a «manejar» las demandas internas o externas que son evaluadas como algo que agrava o excede los recursos de la persona. En esta concepción del afrontamiento se asume que el individuo utiliza diversas estrategias para tratar con el estrés, las cuales pueden ser o no. (Sandín y Chorot, 2019, p 40).

Lazarus (1993a, b; Lazarus y Folkman, 1984, citado en Sandín y Chorot, 2019) ha defendido que las estrategias de afrontamiento pueden ser estables a través de diferentes situaciones estresantes. Este concepto del afrontamiento, por otra parte,

es coherente con la idea que tenemos en psicología sobre las diferentes disposiciones personales, en el sentido que las respuestas del individuo suelen estar determinadas por una interacción entre las situaciones externas y las disposiciones personales. En este sentido (...) el afrontamiento está determinado tanto por la situación como por la persona (rasgo), lo cual sería consistente con la evidencia sobre la estabilidad del afrontamiento. (Sandín y Chorot, 2019, p 40)

Cuando abordamos el estrés, es fundamental referirse al término de coping, en castellano, afrontamiento. La mayoría de autores (Ogden, 1999; Ribeiro, 2005, citado en Nogueira, 2010), consideran que el estrés no es un proceso simple de estímulo-respuesta, sino que existen diversas variables intermedias o mediadoras, por ello el coping se puede definir como: "...las estrategias utilizadas por el ser humano para manejar los sucesos que inducen al estrés" (Serra, 1999). O sea, el afrontamiento es frecuentemente definido como los esfuerzos cognitivos y comportamentales en respuesta a una amenaza (Tamres, Janicki & Helgeson, 2002, citado en Nogueira, 2010).

Ribeiro (2005) opina que estas estrategias son estabilizadoras, de manera que promueven el ajuste o adaptación a la situación estresante y, engloban tanto los sucesos como sus consecuencias. Para poder considerar que las estrategias de coping funcionan de forma adaptativa todo el proceso inherente debe funcionar (Ribeiro, 2005, citado en Nogueira, 2010) (...) Si este proceso funciona, según Ribeiro (2005), podremos considerar que el proceso de coping tuvo efectos de adaptación, y puede de este modo, reducir los efectos perjudiciales en la salud física y mental de los sujetos. (Nogueira, 2010, p. 78)

Lazarus y Folkman (1986, citado en Zapata, 2021) distinguen dos tipos:

Son dos funciones, del afrontamiento: el dirigido al problema objetivo, a la demanda, a la tarea, afrontamiento que trata de solucionar el problema, de realizar la

acción requerida; el segundo es el dirigido a la propia emoción del sujeto ante la situación estresante, para modificar el modo de vivir la situación y eso aún en el caso de no poder hacer nada para cambiar la situación. La nueva consideración cognitiva y valorativa puede servir a una u otra función. (p. 25)

De acuerdo con Sandín y Chorot (2003), se pueden considerar las subescalas de afrontamiento racional, caracterizado por la focalización en el problema, que incluyen **Focalización en la Solución de Problemas (FSP)**, **Reevaluación Positiva (REP)** y **Búsqueda de Apoyo Social (BAS)**. Asimismo, para el afrontamiento emocional, se incluyen las subescalas **Autofocalización Negativa (AFN)** y **Expresión Emocional Abierta (EEA)** (p. 49).

Siguiendo la misma línea, Lazarus y Folkman (1986, citado en Zapata, 2021) afirman que:

El afrontamiento dirigido al problema lleva a convertir la situación amenazante y se suele efectuar cuando el individuo da cuenta que esa realidad puede ser modificada. Así, en este modo de afrontamiento se interviene de forma activa en el entorno estresante para modificarlo o disminuir su efecto negativo. Estos mismos autores hablan de dos tipos de estrategias dirigidas al problema, las que se dirigen al entorno y las que se dirigen al individuo. El afrontamiento dirigido a la emoción apunta a atenuar el malestar emocional que provoca la situación amenazante sin que se modifique el escenario acontecido. Tiene mayor posibilidad de implementarse cuando la persona evalúa como inmodificable la situación, se implementan estrategias dirigidas a la emoción. Este modo de afrontamiento:

“(…) incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 173) incluye estrategias tales como: ejercicios físicos, ejercicios de respiración, buscar apoyo emocional, meditar, etc. (p. 25)

“La mayoría de las estrategias dirigidas a la emoción no cambian el significado de la situación, algunas pueden hacerlo distorsionando la realidad, se las utiliza para conservar la esperanza o negar un hecho” (Lazarus y Folkman 1986, citado en Zapata 2021, p. 26).

Lazarus (2000, citado en Zapata 2021) teoriza que “el afrontamiento dirigido al problema aparece cuando la persona siente y evalúa que la realidad puede ser transformada, inversamente las estrategias dirigidas a la emoción buscan atenuar las emociones que genera esa realidad sin generar un cambio en el contexto”. (p. 26)

Por otro lado, Fierro (1993) afirma que

Es del todo acertada la correspondencia que Lazarus y Folkman (1984) establecen entre estrés y afrontamiento: éste constituye la conducta apropiada y relativa al estrés. Como también comentan con acierto, la conducta relacionada con el estrés incluye, en realidad, dos géneros de respuesta. Una es la conducta "respondiente", que, a su vez, se compone, primero, de percepción no sólo del peligro, de la pérdida o el daño, sino también -si es correcto el precedente análisis- de la demanda (percepción y, además, "appraisal": apreciación, estimación, juicio); y, segundo, de reacción y alteración emocional. Otra es la conducta adaptativa específicamente relativa a la demanda y que asimismo se compone, a su vez, de dos elementos: una "reapreciación" del daño, pérdida, amenaza, pero también, por otro lado, de los propios recursos para hacerle frente; y una acción, una conducta

instrumental, operante, que trata de realizar los requeridos cambios en el entorno.

Afrontamiento es la respuesta adaptativa al estrés. (p.10)

Según dicho autor (1993)

En el afrontamiento no siempre se atienden las demandas objetivas, no siempre se resuelve la amenaza, se evita la pérdida o se disipa el daño; simplemente se les maneja hasta cierto punto, se "negocia" con la realidad, se reduce o mitiga hasta donde se puede. También hay afrontamiento en situaciones como la del "aterriza como puedas". El afrontamiento, en suma, entraña siempre la adquisición de un cierto "control" de la situación, pero un control que oscila mucho: desde el dominio ("mastery"), el hacerse dueño de la situación, hasta el simple "apañárselas como uno pueda" o, todavía menos, un somero control de sólo las emociones suscitadas por el evento estresante. (p. 10-11)

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### **3.1. Tipo de Investigación**

La investigación propuesta, según sus objetivos, fue descriptiva comparativa ya que se tuvo como objetivo conocer, por un lado, cuáles son las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizaron las mujeres de la provincia de Entre Ríos que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad, y por el otro estudiar cuales son las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizaron las mujeres de la provincia de Entre Ríos que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad; a causa de circunstancias de infertilidad. Y, por último, comparar las estrategias de afrontamiento del estrés utilizadas por cada grupo.

Además, según la temporalidad, fue un estudio transversal, ya que se estudiaron las variables en un momento único. Su enfoque fue de tipo cuantitativo.

#### **3.2. Muestra**

La muestra estuvo compuesta por 60 mujeres de la provincia de Entre Ríos que se encontraban realizando tratamientos de fertilidad. Dentro de esas 60, 30 mujeres se encontraban realizando tratamientos de fertilidad de alta complejidad y las otras 30 mujeres se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad. El 100% (n=60) de la misma realizó el tratamiento en pareja.

La muestra fue no probabilística, no aleatoria, intencional o decisional.

La muestra estuvo compuesta por mujeres entre los 25 y 48 años, siendo la media de edad 35,87.

### **3.3. Técnicas de Recolección de Datos**

En primer lugar, para recabar información sociodemográfica se confeccionó un cuestionario semiestructurado en el cual se preguntó sobre edad, sexo, nivel educativo, composición familiar, tipo de problemática de infertilidad y tipos de tratamientos entre otras variables de estudio; el cual estuvo diseñado por las autoras del presente proyecto de investigación. También se administró un consentimiento informado, comunicándoles la participación voluntaria, la confidencialidad y el anonimato de los datos.

Y, en segundo lugar, para medir las estrategias de afrontamiento del estrés se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), adaptado en población argentina por López-Aballay (2013). Se trata de una adaptación de la versión que Sandín y Chorot en 2003 adecuaron de Ways of Coping Questionnaire - WCQ, de Lazarus y Folkman, confeccionada en 1984. El CAE consiste en una medida de autoinforme de tipo likert elaborada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: a) focalizado en la solución del problema (FSP), b) autofocalización negativa (AFN), c) reevaluación positiva (REP), d) expresión emocional abierta (EEA), e) evitación (EVT), f) búsqueda de apoyo social (BAS), y g) religión (RLG).

Consta de 42 enunciados, a los cuales el sujeto responde de acuerdo a cómo actuó ante cada uno. Su respuesta será de 0 a 4, teniendo en cuenta que cero significa “nunca” y 4 “casi siempre”. La fiabilidad (consistencia interna) del CAE se ha analizado a través del coeficiente alfa de Cronbach y de las correlaciones corregidas ítem-subescala. En lo que concierne a los coeficientes alfa, las subescalas BAS, RLG y FSP presentan coeficientes  $> 0,85$  (niveles excelentes), las subescalas EEA, EVT y REP presentan coeficientes entre 0,71 y 0,76, correspondiendo el coeficiente más bajo (0,64) a la subescala AFN.

### **3.4. Procedimientos de Recolección de Datos**

La administración del protocolo elegido se realizó en una institución de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, en la cual brindan servicio médico de ginecología, mastología, obstetricia y reproducción asistida. Se administró de manera presencial, en la sala de espera de dicha institución, donde se ofreció una copia física en la cual se solicitó que rellenen el consentimiento informado, el cuestionario sociodemográfico y el instrumento de medición.

### **3.5. Procedimientos de Análisis de Datos**

Los datos fueron procesados y analizados con el programa estadístico SPSS – Statistical Package for the Social Sciences (Version 25). El cual establece un nivel de significación estadística inferior a .05. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra a fin de obtener las frecuencias, medias y desvíos típicos.

Luego, se realizaron los análisis para comparar los puntajes en ambos grupos y así observar si hubo diferencias estadísticamente significativas a través de una Prueba t de Student para muestras independientes.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

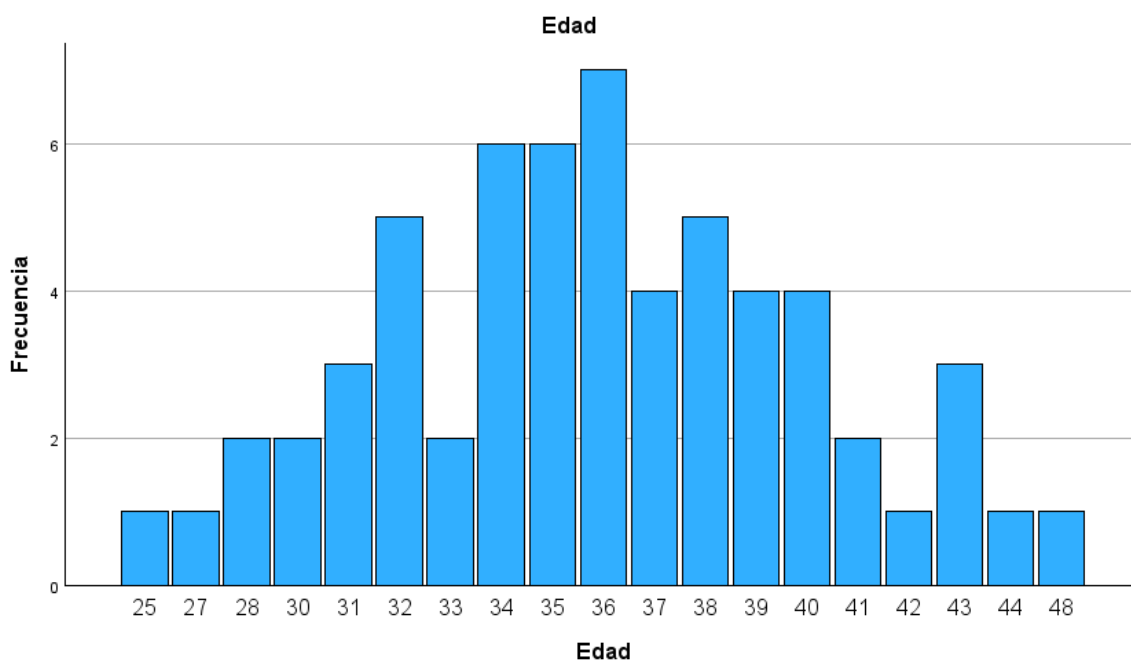
A continuación, se describen los resultados de cada una de las variables estudiadas de acuerdo a los objetivos específicos planteados en la investigación:

#### 4.1. Datos sociodemográficos de la población estudiada

Las variables a investigar fueron:

##### 4.1.1. Edad

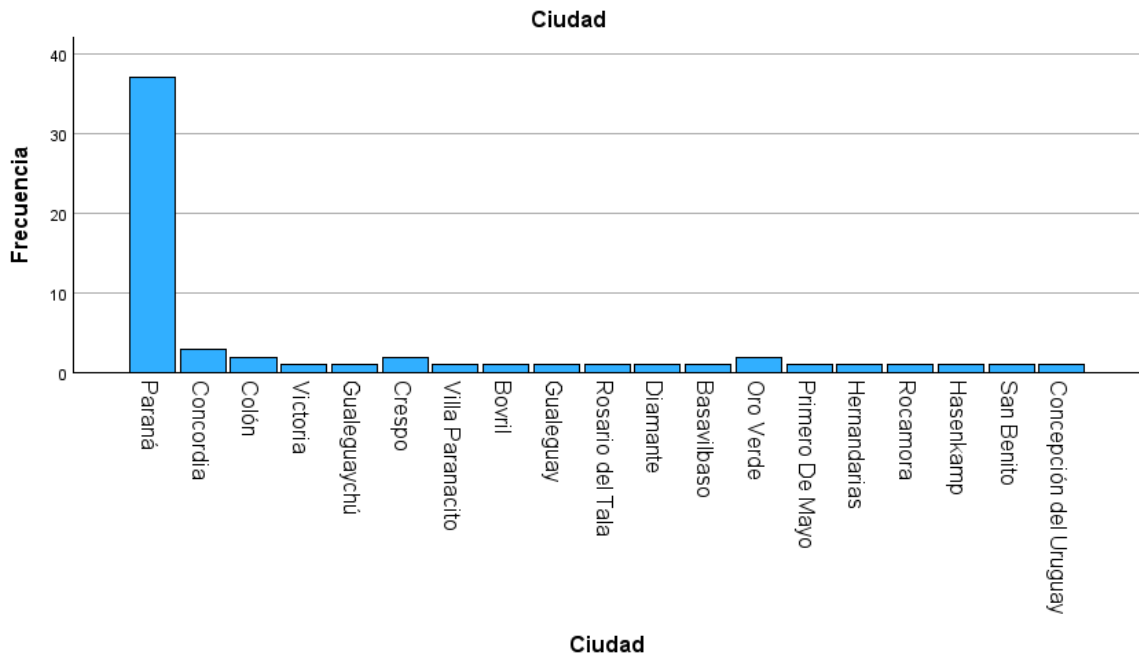
La muestra estuvo compuesta por mujeres entre los 25 y 48 años, siendo la media de edad 35,87 (Ver figura 1).



**Figura 1.** Distribución de la muestra según la edad.

#### 4.1.2. Lugar de nacimiento

El 100% de la muestra corresponde a la Provincia de Entre Ríos (n=60). El mayor porcentaje se ubica en la ciudad de Paraná con el 61,7% (n=37), seguido por Concordia, con el 5% (n=3), luego Colón, Oro verde y Crespo con el 3,3% (n=2). Y por último las localidades de Victoria, Gualeguaychú, Villa Paranacito, Bovril, Gualeguay, Rosario del Tala, Diamante, Basavilbaso, Primero de Mayo, Hernandarias, Rocamora, Hasenkamp, San Benito y Concepción del Uruguay con el 1,7% (n=1) (Ver figura 2).



**Figura 2.** Distribución de la muestra según lugar de nacimiento.

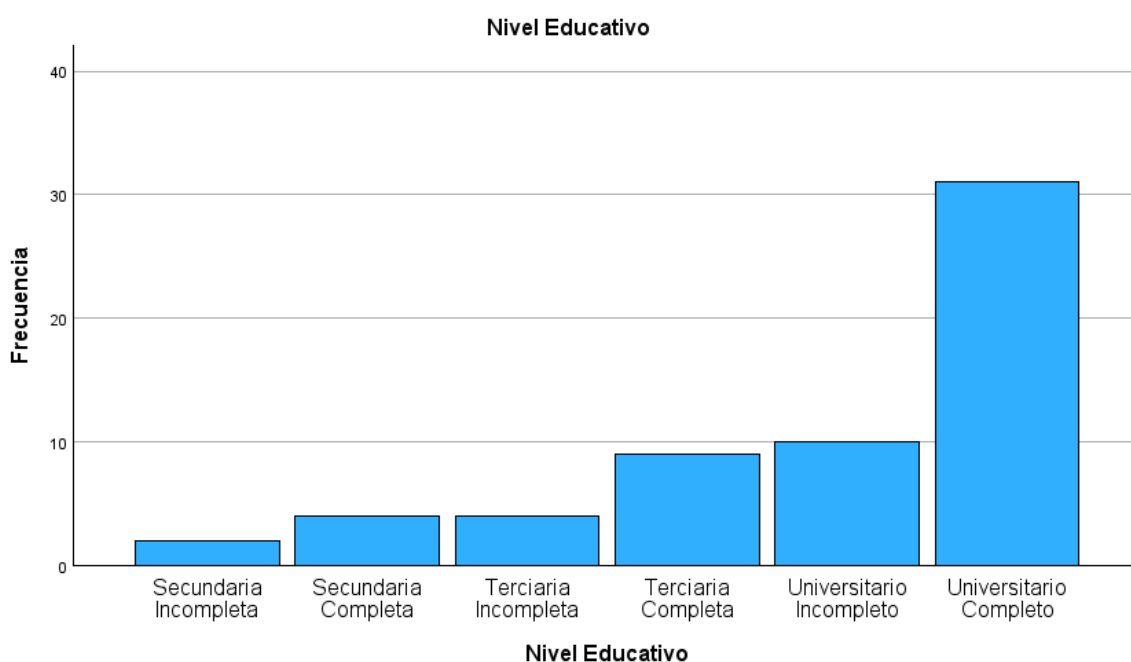
#### 4.1.3. Nivel Educativo

El 51,7% (n=31) de la muestra corresponde al nivel Universitario Completo, seguido por el 16,7% (n=10) de la misma la cual corresponde al nivel Universitario Incompleto.

Seguido por el 15% (n=9) el cual corresponde al nivel Terciaria Completo. Luego el 6,7% (n=4) correspondiente a Terciaria Incompleta y Secundaria Completa. Y por último el 3,3% (n=2) el cual corresponde al nivel Secundaria Incompleta (Ver tabla 1 y figura 3).

**Tabla 1.** Distribución de la muestra según el Nivel educativo.

<b>Nivel Educativo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Secundaria Incompleta	2	3,3
Secundaria Completa	4	6,7
Terciaria Incompleta	4	6,7
Terciaria Completa	9	15,0
Universitario Incompleto	10	16,7
Universitario Completo	31	51,7
Total	60	100



**Figura 3.** Distribución de la muestra según el Nivel educativo.

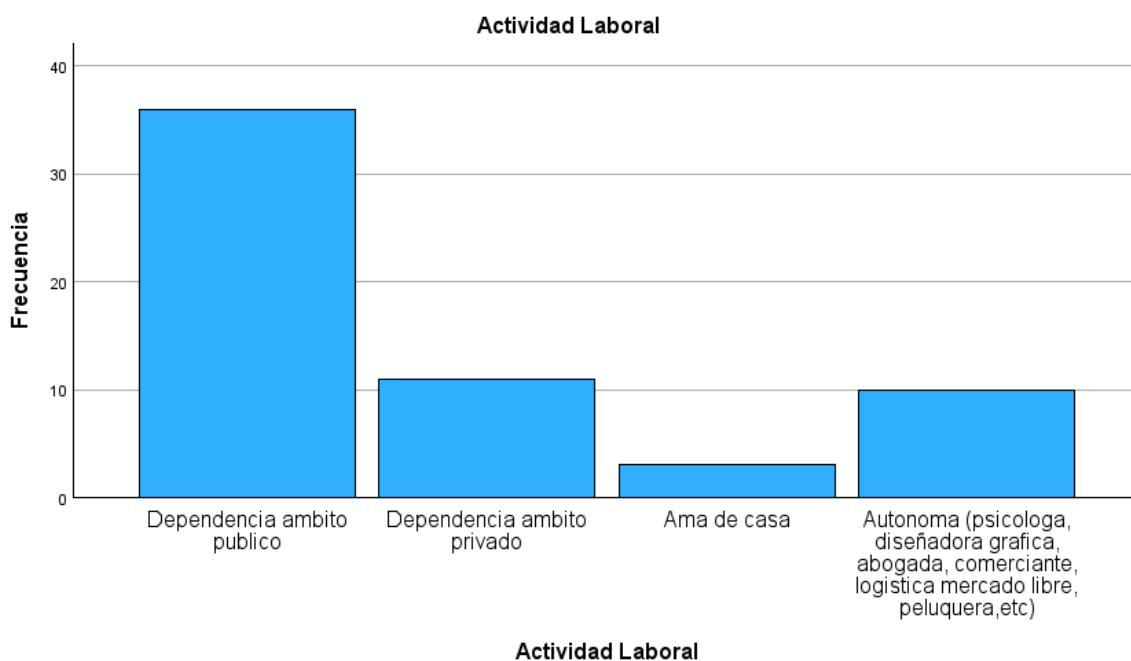
#### 4.1.4. Actividad Laboral

El 60% (n=36) de la muestra se encuentra en Relación de dependencia en el ámbito público, mientras que el 18,3% (n=11) se encuentra en relación de dependencia en el ámbito privado. Seguido por el 16,7% (n=10) el cual trabaja de manera autónoma. Y por último el 5% (n=3), el cual se desempeña como Ama de casa (Ver tabla 2 y figura 4).

**Tabla 2.** Distribución de la muestra según la Actividad laboral.

Actividad Laboral	Frecuencia	%
Dependencia Ámbito Publico	36	60,0
Dependencia Ámbito Privado	11	18,3

Ama de Casa	3	5,0
Autónoma (Psicóloga, Diseñadora Gráfica, Abogada, Comerciante, Logística Mercado Libre, Peluquera, etc)	10	16,7
Total	60	100



**Figura 4.** *Distribución de la muestra según la actividad laboral.*

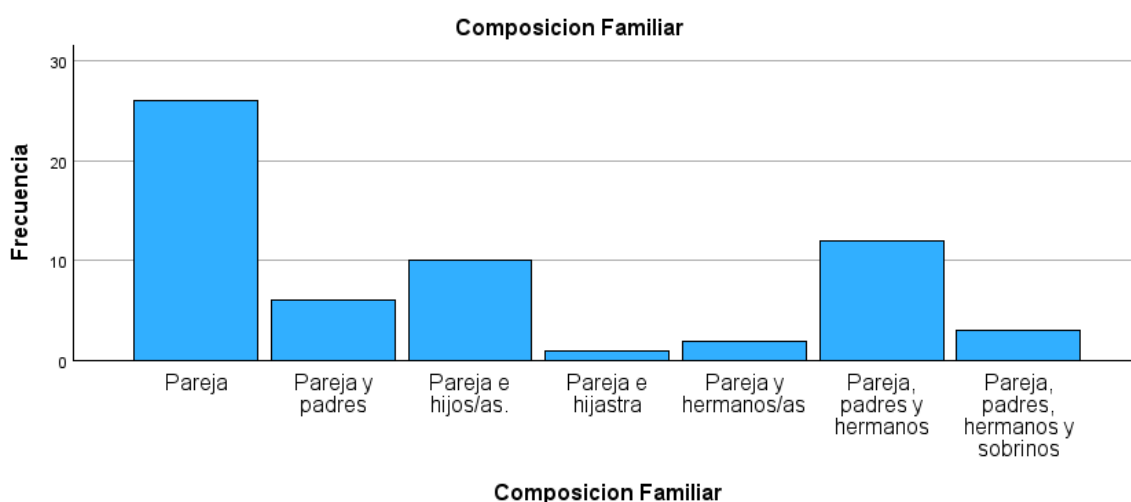
#### 4.1.5. Composición familiar

El 43,3% (n=26) de la muestra mencionó que su familia está compuesta por su pareja. Seguido por el 20%, el cual manifestó que su familia está compuesta por su pareja, sus padres y sus hermanos. Luego, el 16,7% (n=10) mencionó que su familia está compuesta por su

pareja e hijos/as. Seguido por, el 10% (n=6) el cual expresó que su familia está compuesta por su pareja y sus padres. Posteriormente el 5% (n=3) respondió que su familia está compuesta por su pareja, sus padres, sus hermanos y sobrinos. Por último, se encuentran el 3,3% (n=2) de la muestra cuya familia está compuesta por su pareja y hermanos; y el 1,7% (n=1) de la misma el cual manifestó que su familia está compuesta por su pareja e hijastra. (Ver tabla 3 y figura 5).

**Tabla 3.** Distribución de la muestra según la composición familiar.

<b>Composición Familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Pareja	26	43,3
Pareja y padres	6	10,0
Pareja e hijos/as	10	16,7
Pareja e hijastra	1	1,7
Pareja y hermanos/as	2	3,3
Pareja, padres y hermanos	12	20,0
Pareja, padres, hermanos y sobrinos	3	5,0
Total	60	100



**Figura 5.** Distribución de la muestra según la composición familiar.

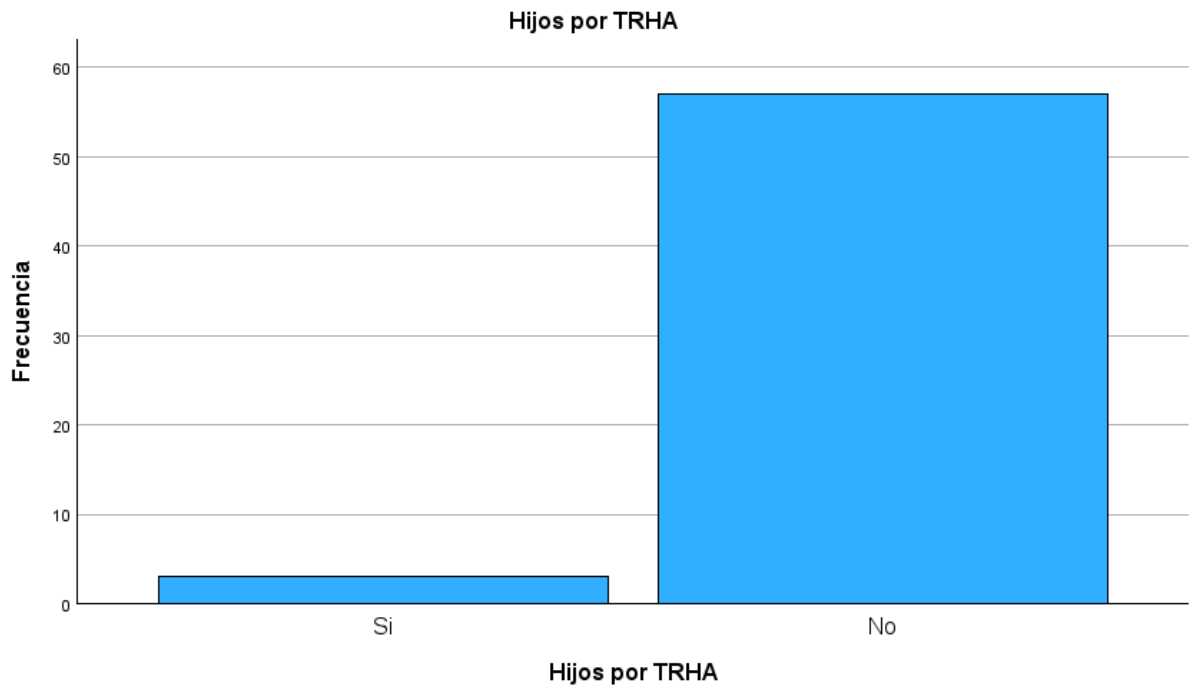
#### 4.1.6. Concepción de hijos por tratamientos de reproducción humana asistida/ tratamientos de fertilidad

El 5% (=3) de la muestra tuvo hijos mediante TRHA. Mientras que el 95% (n=57) restante manifestó no tener hijos concebidos por TRHA (Ver tabla 4 y figura 6).

**Tabla 4.** Distribución de la muestra según la concepción de hijos por TRHA.

Hijos por TRHA	Frecuencia	%
Si	3	5,0
No	57	95,0

Total	60	100
-------	----	-----



**Figura 6.** *Distribución de la muestra según la concepción de hijos por TRHA*

#### **4.1.7. Red de apoyo/vínculos afectivos de contención**

El 20% (n=12) de la muestra manifestó que su red de apoyo está compuesta por su pareja. Por otro lado, el 18,3% (n=11) de la misma expresó que su red de apoyo está compuesta por su pareja, amigos, padres, hermanos y compañeros de trabajo. Seguido por el 15% (n=9) el cual declaró que su red de apoyo está compuesta por su pareja, amigos, padres y hermanos. Por otro lado, el 8,3% (n=5) de la muestra expresó que su red de apoyo

está compuesta por pareja y amigos. Así mismo, el 8,3% (n=5) de la misma manifestó que su red de apoyo está compuesta por pareja, amigos y hermanos. Mientras que, el 8,3% (n=5) reveló que su red de apoyo está compuesta por pareja, amigos y padres. Seguido por el 6,7% (n=4) de la muestra el cual exteriorizó que su red de apoyo está compuesta por pareja y padres. Por otro lado, el 3,3% (n=2) de la misma expresó que su red de apoyo está compuesta por pareja, amigos, padres y otros, mientras que el 1,7% (n=1) manifestó que su red de apoyo está compuesta por pareja y otros. Seguido por el 1,7% (n=1) de la muestra, el cual expresó que su red de apoyo está compuesta por pareja, amigos y compañeros de trabajo, mientras que otro 1,7% de la misma manifestó que su red de apoyo está compuesta por pareja, amigos, hermanos y compañeros de trabajo. El 1,7% (n=1) de la muestra expresó que su red de apoyo está compuesta por pareja, amigos, hermanos y otros, mientras que el 1,7% (n=1) de la misma manifestó que su red de apoyo está compuesta por pareja, padres, hermanos y otros. Por último, el 1,7% (n=1) de la muestra expresó que su red de apoyo está compuesta por pareja, amigos, padres y compañeros de trabajo, mientras que el 1,7% (n=1) restante manifestó que su red de apoyo está compuesta por pareja, amigos, padres, hermanos, compañeros de trabajo y otros.

#### **4.1.8. Tratamientos de baja complejidad realizados anteriormente por las pacientes**

El 30% (n=18) de la muestra manifestó no haber hecho ningún tratamiento de baja complejidad con anterioridad, mientras que el 70% (n=42) restante manifestó haber hecho uno o más tratamientos de baja complejidad anteriormente (Ver tabla 5).

**Tabla 5.** Distribución de la muestra según los tratamientos de baja complejidad realizados anteriormente.

<b>Tratamientos de Baja Complejidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Realizados anteriormente</b>		
Ninguno	18	30,0
Uno	23	38,3
Dos	12	20,0
Tres	5	8,3
Cuatro	1	1,7
Otros	1	1,7
Total	60	100

#### **4.1.9. Tratamientos de alta complejidad realizados anteriormente por los pacientes**

El 58,3% (n=35) de la muestra manifestó no haber hecho ningún tratamiento de alta complejidad con anterioridad, mientras que el 41,7% (n=25) restante manifestó haber hecho uno o más tratamientos de alta complejidad anteriormente (Ver tabla 6).

**Tabla 6.** Distribución de la muestra según los tratamientos de alta complejidad realizados anteriormente.

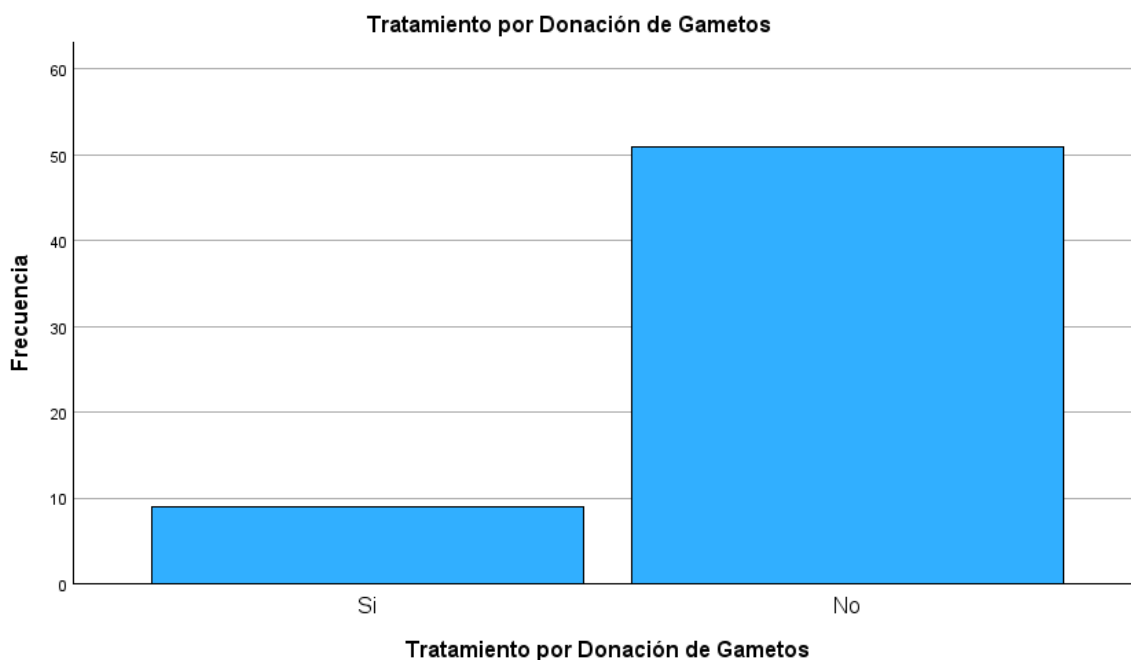
<b>Tratamientos de Alta Complejidad Realizados anteriormente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ninguno	35	58,3
Uno	18	30,0
Dos	4	6,7
Tres	2	3,3
Otros	1	1,7
Total	60	100

#### **4.1.10. Tratamiento por donación de gametos**

El 85% (n=51) de la muestra no realizó ningún tratamiento por donación de gametos, mientras que el 15% (n=9) restante si realizó (Ver tabla 7 y figura 7).

**Tabla 7.** Distribución de la muestra según tratamientos por donación de gametos.

<b>Tratamientos por donación de gametos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	9	15,0
No	51	85,5
Total	60	100



**Figura 7.** Distribución de la muestra según tratamientos por donación de gametos.

#### 4.1.11. Tratamiento actual

El 50% (n=30) de la muestra manifestó estar realizando tratamiento de alta complejidad, mientras que el 50% (n=30) restante manifestó estar realizando tratamiento de baja complejidad (Ver tabla 8).

**Tabla 8.** Distribución de la muestra según el tipo de tratamiento actual.

Tipo de Tratamiento Actual	Frecuencia	%
Baja complejidad	30	50,0
Alta complejidad	30	50,0

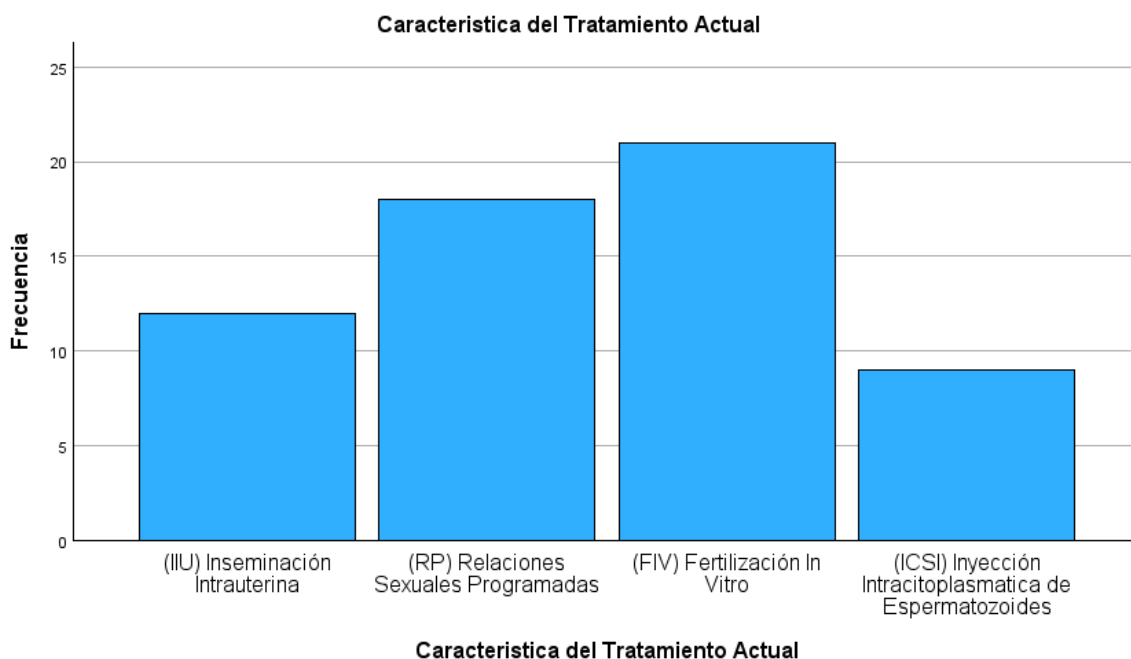
Total	60	100
-------	----	-----

#### 4.1.12. Característica del tratamiento realizado actualmente

El 35% (n=21) de la muestra corresponde al tratamiento de alta complejidad fertilización in vitro (FIV), seguido por los tratamientos de baja complejidad con el 30% (n=18) correspondiente a relaciones sexuales programadas (RP), y el 12% (n=12) correspondiente a Inseminación intrauterina (IIUU). Por último, el 15% (n=9) de la misma manifestó estar realizando el tratamiento de alta complejidad Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) (Ver tabla 9 y figura 8).

**Tabla 9.** Distribución de la muestra según la característica de tratamiento actual.

Característica de Tratamiento Actual	Frecuencia	%
(IIU) Inseminación intrauterina	12	20,0
(RP) Relaciones Sexuales Programadas	18	30,0
(FIV) Fertilización In Vitro	21	35,0
(ICSI) Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides	9	15,0
Total	60	100



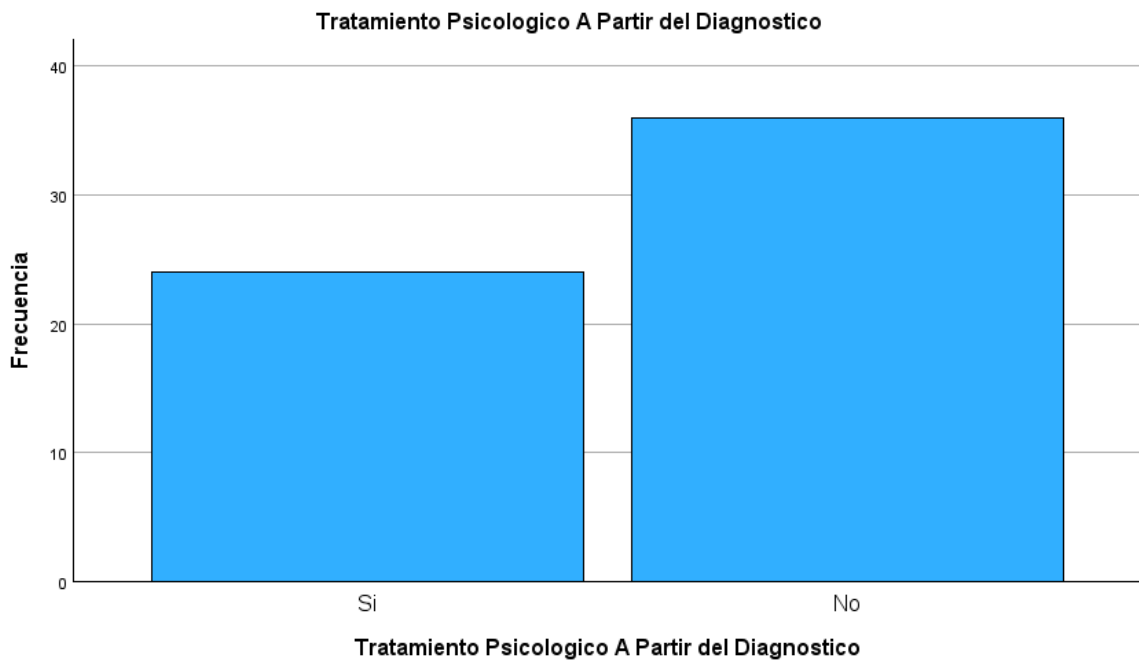
**Figura 8.** Distribución de la muestra según la característica de tratamiento actual.

#### 4.1.13. Tratamiento psicológico realizado a partir del diagnóstico de infertilidad

El 60% (n=36) de la muestra no realizó tratamiento psicológico a partir del diagnóstico, mientras que el 40% (n=24) restante si realizó tratamiento psicológico a partir del diagnóstico de infertilidad. (Ver tabla 10 y figura 9).

**Tabla 10.** Distribución de la muestra según tratamiento psicológico realizado a partir del diagnóstico de infertilidad.

Tratamiento Psicológico A Partir del Diagnostico	Frecuencia	%
Si	24	40,0
No	36	60,0
Total	60	100



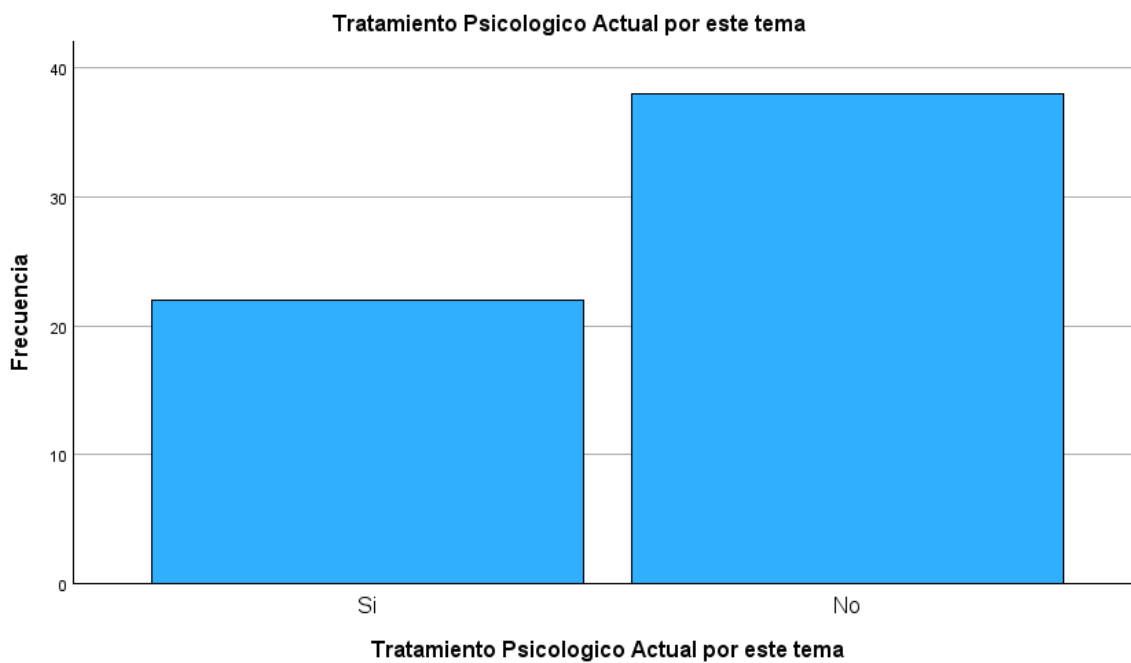
**Figura 9.** *Distribución de la muestra según tratamiento psicológico realizado a partir del diagnóstico de infertilidad.*

#### **4.1.14. Tratamiento psicológico actual por este tema**

El 63,3% (n=38) de la muestra manifestó no estarlo, mientras que el 36,7% (n=22) restante mencionó estar bajo tratamiento psicológico actual por este tema. (Ver tabla 11 y figura 10).

**Tabla 11.** Distribución de la muestra según tratamiento psicológico actual por este tema.

<b>Tratamiento Psicológico Actual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	22	36,7
No	38	63,3
Total	60	100



**Figura 10.** *Distribución de la muestra según tratamiento psicológico actual por este tema.*

**4.2. Estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres, de la provincia de Entre Ríos, que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de baja y alta complejidad debido a circunstancias de infertilidad**

En el grupo de las mujeres que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad el mayor puntaje obtenido en cuanto a las estrategias del estrés que utilizaron, es decir, la media en la que más puntuaron fue en la estrategia Focalizado en la solución del problema (FSP) ( $M=14,43$ ). Seguido por la Reevaluación positiva (REP) ( $M =13,60$ ). Luego continuó la Evitación (EVT) ( $M =11,53$ ). Seguido por la Búsqueda de apoyo social (BAS) ( $M=11,50$ ). Posteriormente la

Autofocalización negativa (AFN) ( $M=8,20$ ). Luego continuó la Religión (RLG) ( $M=7,37$ ). Y, por último, la Expresión emocional abierta (EEA) ( $M=6,90$ ). (Ver tabla 12).

Por otro lado, en el grupo de las mujeres que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad el mayor puntaje obtenido en cuanto a las estrategias del estrés que utilizaron, es decir, la media en la que más puntuaron fue en la estrategia Focalizado en la solución del problema (FSP), ( $M=16,80$ ). Seguido por la Reevaluación positiva (REP) ( $M=14,37$ ). Luego continuó la Evitación (EVT) ( $M=12,97$ ). Seguido por la Búsqueda de apoyo social (BAS), ( $M=10,23$ ). Posteriormente la Expresión emocional abierta (EEA) ( $M=9,07$ ). Luego continuó la Religión (RLG) ( $M=7,50$ ). Y, por último, la Autofocalización negativa (AFN) ( $M=5,77$ ). (Ver tabla 12).

Tabla 12. Puntajes de las estrategias de afrontamiento del estrés según el tipo de tratamiento actual.

<b>Tipo de Tratamiento Actual</b>		<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Estandar</b>
Focalizado en la	Baja Complejidad	30	14,43	4,78
Solución del Problema (FSP)	Alta Complejidad	30	16,80	4,28
Autofocalización	Baja Complejidad	30	8,20	4,83
Negativa (AFN)	Alta Complejidad	30	5,77	3,45

Reevaluación	Baja Complejidad	30	13,60	3,74
Positiva (REP)	Alta Complejidad	30	14,37	3,50
Expresión	Baja Complejidad	30	6,90	3,73
Emocional	Alta Complejidad	30	9,07	5,36
Abierta (EAA)				
Evitación (EVT)	Baja Complejidad	30	11,53	4,52
	Alta Complejidad	30	12,97	4,70
	Baja Complejidad	30	7,37	6,29
Religión (RLG)	Alta Complejidad	30	7,50	7,51
	Baja Complejidad	30	11,50	6,17
Búsqueda de	Alta Complejidad	30	10,23	5,94
Apoyo Social				
(BAS)				

---

**4.3. Comparación de las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres, de la provincia de Entre Ríos, que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad en relación a mujeres que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad**

**4.3.1. Focalizado en la solución del problema (FSP)**

La media de la estrategia de afrontamiento del estrés Focalizado en la solución del problema en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad fue ( $M = 14,43$ ), mientras que la media de la misma en las pacientes que se encontraban

realizando tratamientos de alta complejidad fue ( $M = 16,80$ ). Se encontró una diferencia significativa entre las medias, siendo mayor la del grupo que realiza tratamientos de alta complejidad,  $t(58)=2.01$ ,  $p<.05$  (bilateral) (Ver tabla 13).

#### **4.3.2. Autofocalización negativa (AFN)**

La media de la estrategia de afrontamiento del estrés Autofocalización negativa en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad fue ( $M = 8,20$ ), mientras que la media de la misma en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad fue ( $M = 5,77$ ). Se encontró una diferencia significativa entre las medias, siendo mayor la del grupo que realiza tratamientos de baja complejidad,  $t(58)=2.24$ ,  $p<.05$  (bilateral) (Ver tabla 13).

#### **4.3.3. Reevaluación positiva (REP)**

La media de la estrategia de afrontamiento del estrés Reevaluación positiva en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad fue ( $M = 13,60$ ), mientras que la media de la misma en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad fue ( $M = 14,37$ ). No se encontró una diferencia significativa entre las medias (Ver tabla 13).

#### **4.3.4. Expresión emocional abierta (EEA)**

La media de la estrategia de afrontamiento del estrés Expresión emocional abierta en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad fue ( $M = 6,90$ ), mientras que la media de la misma en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad fue ( $M = 9,07$ ). No se encontró una diferencia

estadísticamente pero se considera relevante el análisis de las medias ya que es cercano al valor de referencia  $t(58)=1.81$ ,  $p=.07$  (bilateral) (Ver tabla 13).

#### **4.3.5. Evitación (EVT)**

La media de la estrategia de afrontamiento del estrés Evitación en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad fue ( $M = 11,53$ ), mientras que la media de la misma en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad fue ( $M = 12,97$ ). No se encontró una diferencia significativa entre las medias (Ver tabla 13).

#### **4.3.6. Religión (RLG)**

La media de la estrategia de afrontamiento del estrés Religión en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad fue ( $M = 7,37$ ), mientras que la media en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad fue ( $M = 7,50$ ). No se encontró una diferencia significativa entre las medias (Ver tabla 13).

#### **4.3.7. Búsqueda de apoyo social (BAS)**

La media de la estrategia de afrontamiento del estrés Búsqueda de apoyo social en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad fue ( $M = 11,50$ ), mientras que la media en las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad fue ( $M = 10,23$ ). No se encontró una diferencia significativa entre las medias (Ver tabla 13).

Tabla 13. Prueba T para muestras independientes.

	Tipo de	Media	Sig.
<b>Tratamiento Actual</b>			
Focalizado en la Solución del Problema (FSP)	Baja Complejidad	14,43	.048
	Alta Complejidad	16,80	
Autofocalización Negativa (AFN)	Baja Complejidad	8,20	.029
	Alta Complejidad	5,77	
Reevaluación Positiva (REP)	Baja Complejidad	13,60	.41
	Alta Complejidad	14,37	
Expresión Emocional Abierta (EAA)	Baja Complejidad	6,90	.07
	Alta Complejidad	9,07	
Evitación (EVT)	Baja Complejidad	11,53	.23
	Alta Complejidad	12,97	
Religión (RLG)	Baja Complejidad	7,37	.94
	Alta Complejidad	7,50	
	Baja Complejidad	11,50	.42

Búsqueda de Alta Complejidad 10,23

Apoyo Social

(BAS)

---

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LIMITACIONES

#### **5.1. Discusión**

A continuación, partiendo de los objetivos planteados, se llevó a cabo la discusión de los resultados obtenidos mediante el análisis de los datos y su relación con aportes arrojados por otros estudios de referencia.

##### **5.1.1 Objetivo general.**

El objetivo general de esta investigación, fue analizar las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres de la provincia de Entre Ríos que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida debido a circunstancias de infertilidad.

##### **5.1.2 Objetivos específicos:**

###### ***5.1.2.1 Primer objetivo específico:***

En relación al primer objetivo específico, el cual fue, describir los datos sociodemográficos de la población estudiada, los resultados relevantes obtenidos fueron:

###### **Edad:**

En cuanto a la edad, la media fue de 35,87%, la cual fue desde los 25 hasta los 48 años.

La edad ha sido reconocida como el factor que más afecta la fertilidad de una pareja y su importancia viene dada en función de las decisiones adoptadas en las sociedades modernas de postergar la maternidad en busca de estabilidad financiera y desarrollo profesional (Ezquerro, 2019).

Es importante que las parejas que desean tener hijos sean conscientes de que la fertilidad en las mujeres disminuye con la edad. Este proceso comienza a notarse a partir de los 35 años y se vuelve bastante notable después de los 40. En estas etapas, tanto la calidad de los óvulos como la habilidad del útero para llevar a cabo un embarazo a término se ven comprometidas, siendo la calidad ovocitaria el factor principal detrás de esta reducción en la capacidad reproductiva (Ezquerro, 2019).

Asimismo, dicha autora afirma que:

La edad de la mujer es uno de los factores más importantes al evaluar una pareja con problemas de fertilidad. Las mujeres de más de 35 años tienen menos probabilidades de quedar embarazadas que las de menos de 25 años. Después de los 32 años, el potencial de fertilidad de una mujer disminuye gradualmente. La posibilidad de quedar embarazada a los 40 años de edad es del 50% del de las mujeres más jóvenes, mientras que la incidencia de abortos espontáneos se duplica o triplica. Los problemas para concebir en las mujeres mayores pueden deberse a elevadas anomalías cromosómicas que se producen en los óvulos a medida que envejecen (Ezquerro, 2019).

Por lo tanto, la media de la edad obtenida en el presente estudio, coincide con la edad en que comienza a disminuir la fertilidad en las mujeres, lo cual lleva a hipotetizar cierto nivel de preocupación y movilización en las pacientes en relación a esta variable de estudio.

### Nivel educativo:

Siguiendo con esta línea y haciendo referencia al nivel educativo de la muestra, más de la mitad de la misma (con un 51,7%) han realizado el nivel Universitario completo. Así mismo, el 16,7% de la misma inició una carrera universitaria pero no la completó. Mientras que el 15% de la muestra han completado el nivel terciario completo. Por lo cual nos parece importante destacar que el nivel educativo de la muestra se encuentra en un nivel medio – alto. Y que más de la mitad de la muestra ha iniciado estudios luego de terminar el secundario, buscando un crecimiento profesional. Consideramos que esto también puede tener relación con la edad en que las mujeres inician la búsqueda de la maternidad.

Hamamah y Barry (2005) afirmaron:

La tendencia a posponer la maternidad, generalizada en los países desarrollados, está asociada a la prolongación de los períodos de estudio, al aumento del empleo femenino y al creciente deseo de mujeres y varones de no tener hijos hasta que estén asentados en la vida, con cualificaciones, un trabajo estable, un hogar y una vida en pareja. (p. 2).

La maternidad tiende a postergarse progresivamente, especialmente entre las mujeres con mayor nivel educativo y en contextos urbanos. Diversos factores confluyen para que los embarazos sean planificados a edades más avanzadas, muchas veces sin tener en cuenta, o incluso negando, que la capacidad reproductiva disminuye con el paso del tiempo (Hamamah & Barry, 2025).

### Red de apoyo:

Con respecto a la red de apoyo, un 20% de la muestra, manifestó que su vínculo afectivo de contención está compuesto por la pareja exclusivamente.

Mientras que el 80% restante de la misma incluyo como vínculos de contención la pareja y otros (como amigos, padres, compañeros de trabajo, etc.) Por lo que nos parece importante destacar que el total de la muestra menciona la pareja como red de apoyo primordial.

“La decisión de tener un hijo ya no parece ser actualmente una decisión de la mujer, sino una decisión encuadrada en el proyecto de vida de una pareja, supuestamente preparada para asumir la parentalidad.” (Peterson et al 1993, citado en Nogueira, 2010, p. 96).

Se ha comprobado que el estrés asociado a la infertilidad presenta características específicas que requieren un abordaje integrador y sistémico. Dado que la dificultad para concebir emerge dentro del contexto de la pareja, su análisis debe considerar a esa díada particular en todas sus dimensiones, incluyendo la manera en que cada miembro se vincula con el otro y las inquietudes que ambos expresan en relación con su vida sexual y conyugal (Nogueira, 2010).

Woollett (1995, citado en Nogueira, 2010) señala:

Debido al carácter sexual que la problemática acarrea, los sujetos tienden a no hablar del tema con sus iguales, e incluso en algunas parejas este asunto no se aborda, dificultando la resolución del problema. Esta inhibición hace que los sujetos se aislen de los otros, aumentando la dependencia de la pareja, pudiendo aumentar los niveles de presión y estrés en la relación. (p. 73–74).

#### Tratamiento psicológico realizado a partir del diagnóstico:

Por último, cabe destacar que solo un 40% de la muestra manifestó haber realizado tratamiento psicológico a partir del diagnóstico, mientras que el 60% restante manifestó no haber realizado ningún tratamiento psicológico a partir del mismo.

Nos resulta interesante e importante destacar que menos de la mitad de la muestra haya realizado tratamiento psicológico a partir del diagnóstico, dada la gran importancia del mismo a la hora de atravesar estas circunstancias.

(...) nace desde el punto de vista de la Psicología de la Salud, una psicología centrada en esta problemática, que intenta comprender todos los mecanismos psicológicos que surgen de esta realidad, en el sentido de que el deseo de tener un hijo comienza invariablemente en un plano psicológico, emergiendo, de esa forma, una necesidad inminente de intervenir, en primer lugar, en el proceso de aceptación de la imposibilidad de concebir sin recurrir a ayuda especializada (Sá, 1997, citado en Nogueira, 2010). La intervención psicológica deberá también maximizar los recursos emocionales disponibles, que los sujetos pondrán en acción para enfrentarse a los tratamientos médicos. La psicología podrá igualmente intervenir en la reestructuración cognitiva que las parejas tienen que activar, en el sentido de manejar sus dilemas éticos y morales, que muchas veces subyacen a la decisión de tener un hijo biológico (Nogueira, 2010, p.18)

#### ***5.1.2.2 Segundo y tercer objetivo específico***

Con respecto al segundo objetivo el mismo consistió en conocer las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres de la provincia de Entre Ríos que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad debido a circunstancias de infertilidad.

Mientras que, el tercer objetivo estuvo orientado a conocer las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres de la provincia de Entre Ríos que se encontraban

realizando tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad debido a circunstancias de infertilidad.

Los resultados arrojaron que ambos grupos, tanto las mujeres que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad, como las mujeres que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad la estrategia en la que más puntuaron, es decir la más utilizada, fue la estrategia Focalizado en la solución del problema (FSP).

El coping, es decir afrontamiento, dirigido hacia los objetivos tiene un efecto amortiguador en situaciones de enfermedad grave, ya que moviliza a los sujetos a estar informados sobre el diagnóstico, los tratamientos posibles para abordarla, permitiendo así el proceso de toma de decisiones de una manera más consciente y responsable (Nogueira, 2010).

Ambos grupos, puntuaron en segundo lugar, en la Reevaluación positiva (REP).

Folkman en 1997 (Ogden, 1999; Ribeiro, 2005) asocia los estados psicológicos positivos a factores protectores del impacto de enfermedades graves, considerando que las estrategias son más apropiadas cuando se centran en la comprensión de la situación y cuando los sujetos son capaces de encontrar aspectos positivos en los sucesos. En este sentido, la reevaluación positiva contemplara las estrategias cognitivas que permiten la reevaluación de la situación, preferentemente atribuyéndole un significado positivo a la adversidad. (Citado en Nogueira, 2010, p.81)

En tercer lugar, ambos grupos continuaron con la Evitación (EVT). Se puede inferir que, el alto puntaje obtenido en esta estrategia se debe a que las mujeres que atraviesan esta situación intentan evitar situaciones o contextos que la conecten con la maternidad. Evitando así espacios como por ejemplo grupo de pares que estén maternando, como así contextos

familiares donde se la pueda interrogar sobre su situación actual en relación con este tema, para no exponerse a sentimientos displacenteros, de frustración, ansiedad, etc.

Una de las estrategias de coping mencionadas en algunos estudios llevan a la evasión de todos los contextos donde existan niños, ya que harían aumentar los sentimientos de ansiedad en las parejas que buscan RA, aunque no siempre lo admitan (Ponjaert-Krsitoffersen & Baetens, 1999, citado en Nogueira, 2010). Otras revelan que evitan visitar a embarazadas y recién nacidos, porque justamente les provocan niveles de estrés elevados (Cook et al., 1989, in Ponjaert-Krsitoffersen & Baetens, 1999; Jordan & Reverson, 1999, citado en Nogueira, 2010). Sentimientos de rabia, envidia e injusticia podrán presentarse en parejas infértiles, cuando se relacionan con los que tienen hijos, haciendo que se alejen socialmente, incluso cuando sienten que precisan de soporte emocional (Ponjaert-Krsitoffersen & Baetens, 1999; Guerra-Díaz, 2002, citado en Nogueira, 2010). Pese a que las estrategias de evasión se puedan considerar adaptadoras en situaciones estresantes de corta duración y percibidas como incontrolables, en contextos de infertilidad no se verifica, pudiendo, de este modo, considerarse estrategias inapropiadas (Ponjaert-Krsitoffersen & Baetens, 1999; Guerra-Díaz, 2002, citado en Nogueira, 2010) (citado en Nogueira, 2010, p. 84-85).

Se puede suponer que por este motivo puntuaron más alto que en la búsqueda de apoyo social, ya que dichos contextos harían revivir o experimentar esta sensación de falta de control sobre su cuerpo, también sobre el deseo no cumplido de tener un hijo, o de no sentirse comprendidas por el entorno, además de querer evitar preguntas sobre la maternidad, etc.

Ambos grupos, siguieron por la Búsqueda de apoyo social (BAS).

DeLongis y Newth (1998, en Ogden, 1999) hablan sobre la dimensión interpersonal de esta problemática. Es decir, consideran cómo una persona enfrenta una situación

estresante y cómo interactúa con los demás. En otras palabras, se evalúa la calidad del apoyo que reciben de otras personas durante momentos difíciles. Las actitudes asociadas a recibir un buen apoyo social implican una respuesta adecuada, evitando hacer juicios de valor en situaciones que ya provocan sentimientos ambivalentes. (citado en Nogueira, 2010).

En este sentido, varios estudios hacen énfasis en la importancia del apoyo social percibido por las mujeres, como estrategias adaptadoras. En el estudio de Ríos et al. (2002, citado en Nogueira, 2010), la mayor capacidad adaptativa de la familia y la percepción de mayor apoyo social recibido por las parejas infértiles, se ha traducido en un menor impacto de este evento en la salud familiar, aumentando así el sentimiento de cohesión familiar y consecuentemente mejorando la comunicación entre los elementos de la pareja. (p. 85)

Por último, ambos grupos puntuaron en menor medida en las estrategias de afrontamiento: Autofocalización negativa (AFN), Religión (RLG) y Expresión emocional abierta (EEA).

Con respecto a la estrategia de afrontamiento religión:

(...) si juntamos las creencias religiosas que la mayoría de los individuos tiene, podremos admitir que algunas de estas personas pueden dejar en las manos de los Dioses la consecución de su anhelo, aunque recurran irónicamente a la ciencia para lograrlo. Estos pensamientos y comportamientos pueden ser interpretados por los individuos de la muestra como pasivos. (Nogueira, 2010, p. 208)

Por ende, se puede suponer que las mujeres de la presente investigación, al considerarse esta estrategia, una herramienta pasiva, como por ejemplo “dejarlo en manos de dios”, deciden encargarse del problema y recurrir en mayor medida a estrategias de

afrontamiento racional, como es la focalización en la solución del problema, a través de la ciencia y sus tratamientos.

En referencia a esto, Nogueira (2010) menciona que:

Sí para estos individuos el comportamiento pasivo hace que la situación no sea coincidente con el comportamiento activo en los exigentes tratamientos y, de esta forma, si los individuos creen que no están movilizándose lo suficiente para afrontar correctamente la situación, su ansiedad aumenta. (p. 208)

Una vez más se enfatiza la importancia de las estrategias de afrontamiento activas, independientemente del tipo de afrontamiento, pues la actividad es congruente con la fase activa de los tratamientos que los individuos están experimentando y, en este sentido, se implican más positivamente en los tratamientos, garantizando alguna percepción de control y consecuente más confianza en sí mismos (Nogueira, 2010, p. 305).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento Expresión emocional abierta y Autofocalización negativa, las cuales son estrategias centradas en la emoción, se puede deducir que obtuvieron un bajo puntaje ya que las mismas se dan mayormente cuando la persona siente que no puede hacer nada con el problema, es decir, tomando una actitud pasiva. Por lo que las mujeres que deciden realizar tratamientos de fertilidad tienden a adoptar una actitud activa frente a la situación, buscando cambiarla. Por esta razón, es razonable suponer que obtuvieron puntajes más altos en las estrategias de afrontamiento de tipo racional.

Así también, en la presente investigación, se encontró que a mayor nivel de estrés percibido se observa mayor utilización de las dos estrategias de afrontamiento emocional, Expresión emocional abierta y Auto focalización negativa. Esto sería

explicable porque se las define como estrategias pasivas y que se relacionarían con la menor percepción de recursos interpersonales, por lo cual se darían en mayor medida en individuos que tienden a percibir las condiciones estresantes como poco posibles de modificar.

Con respecto a este tema, el autor, Barra (2013) afirma que, en el caso de las mujeres con diagnóstico de infertilidad, las estrategias de afrontamiento de tipo emocional se darían en mayor grado en aquellas que evalúan que no pueden hacer nada para modificar las condiciones adversas, y que se ven sometidas a desajustes emocionales asociados a los efectos del diagnóstico y el tener que someterse a un tratamiento que puede ser por un largo período (p.118).

En el caso, de las mujeres que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad el orden de puntuación fue el siguiente: Autofocalización negativa, Religión y en último lugar Expresión Emocional abierta.

Mientras que en el caso de las mujeres que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad el orden de puntuación fue el siguiente: Expresión emocional abierta, Religión y en último lugar Autofocalización negativa.

De todas maneras, como se puede observar, ambos grupos obtuvieron mayor predominancia en las estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Mientras que, en los que respecta a las estrategias centradas en la emoción puntuaron significativamente más bajo.

La evaluación centrada en el problema se caracteriza por el intento del sujeto de afrontar la realidad de la crisis, manejando las consecuencias de índole práctico (Ribeiro, 2005, citado en Nogueira, 2010). Según Vaz Serra (1999, citado en Nogueira, 2010) los individuos que optan por estas estrategias establecen un plan de acción e intentan cumplirlo

hasta conseguir extinguir la fuente generadora de estrés. Este tipo de estrategias, centradas en los problemas, son puestas en funcionamiento cuando los sujetos prevén algún grado de control sobre el mismo, cuando logran anticipar su resolución. A su vez, se subdividen en tres clases distintas: la búsqueda de información o soporte, en la que los sujetos intentan obtener el mayor número de alternativas frente al problema, anticipando sus consecuencias; el sujeto puede iniciar una estrategia para involucrarse en acciones de resolución de problemas, adoptando actitudes dirigidas hacia el estrés; o, finalmente, podrán buscarse recompensas alternativas, cambiando de actitud, creando fuentes de satisfacción nuevas, reemplazando las pérdidas resultantes de la crisis (Ribeiro, 2005, citado en Nogueira, 2010). Según Mitchell, Cronkite y Moos (1983, en Ribeiro, 2005), los sujetos que más utilizan este tipo de estrategias presentan menor tendencia a la depresión (citado en Nogueira, 2010, p. 80).

Por último, las estrategias centradas en las emociones optimizan el manejo de los sentimientos inducidos por la percepción de la situación, para con ello intentar mantener el equilibrio afectivo. Éstas son normalmente utilizadas cuando la percepción de los niveles de estrés es muy elevada, dado que el sujeto puede desorganizarse emocionalmente (Vaz Serra, 1999; Ogden, 1999; Bennett, 2002; Ribeiro, 2005; citado en Nogueira, 2010). Pueden asumir la forma de regulación afectiva, cuando se intensifican los esfuerzos para salvaguardar sentimientos de esperanza, en el intento de controlar las fuertes emociones sentidas (Nogueira, 2010, p. 79-80).

Por su parte, Suarez (2002) plantea que:

Las estrategias centradas en los problemas parecen ser más eficaces durante la etapa de diagnóstico y tratamiento, porque dan lugar, como vimos anteriormente,

a un proceso de toma de decisión más consciente y responsable, admitiendo que se pretende aumentar la información disponible sobre cómo manejar la situación problemática. Por el contrario, las estrategias centradas en las emociones parecen ser más importantes para atenuar las respuestas emocionales de los niveles de estrés elevados, en situaciones incontrolables, como por ejemplo el fracaso de los tratamientos (citado en Nogueira, 2010, p. 84).

Se puede suponer entonces que ambos tipos de afrontamiento son de suma importancia para hacer frente a las circunstancias de infertilidad, por esto es necesario desarrollar habilidades de afrontamiento tanto de tipo racional como emocional.

Se observa que las personas que utilizan pocas estrategias de afrontamiento tienden a experimentar niveles más altos de ansiedad. Por lo tanto, contar con una mayor variedad de estrategias de afrontamiento generalmente indica un mejor ajuste emocional, especialmente en relación con la ansiedad. De manera similar, se destaca que las estrategias de afrontamiento que emplean las personas que enfrentan problemas de infertilidad son cruciales para su bienestar emocional. Cuando hay un equilibrio entre las exigencias externas de la situación y los recursos internos y externos disponibles para hacer frente a esas exigencias, se evita la aparición de emociones negativas. Sin embargo, si una persona siente que las demandas son mayores que sus recursos para afrontarlas, esto puede conducir a un desajuste emocional y a un aumento en la ansiedad. En resumen, establecer una estrategia de afrontamiento, ya sea enfocada en resolver problemas o en manejar emociones, es beneficioso para el bienestar general de quienes enfrentan la infertilidad (Moreno y Guerra-Díaz ,2008; Vaz-Serra, 1988; citado en Nogueira, 2010).

### ***5.1.2.3 Cuarto objetivo específico***

Por último, el cuarto objetivo, fue establecer si existe una diferencia estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres de la provincia de Entre Ríos que se encontraban realizando tratamientos de reproducción asistida de baja complejidad en relación a mujeres que se están realizando tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad.

Los resultados arrojaron que en las estrategias de afrontamiento: Reevaluación positiva, Evitación, Religión y Búsqueda de apoyo social no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Por el contrario, en las estrategias de afrontamiento: Focalización en la solución del problema, Autofocalización negativa y Expresión emocional abierta se encontraron diferencias significativas entre los grupos comparados.

En cuanto a la estrategia Focalización en la solución del problema, si bien ambos grupos como se especificó en los objetivos 2 y 3, puntuaron alto en dicha estrategia; se observó una diferencia significativa. Las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad obtuvieron mayor puntuación por sobre las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad.

Esto se puede deber a que, por lo general, las pacientes que se encuentran en tratamientos de alta complejidad, en comparación a las pacientes que se encuentran realizando tratamientos de baja complejidad, ya han experimentado múltiples intentos previos y reiterados fracasos en la consecución del embarazo, por lo que, tienden a desarrollar, a lo largo del tiempo y de los distintos ciclos de tratamiento, estrategias de

afrontamiento orientadas a la resolución del problema en búsqueda de una respuesta adaptativa frente al elevado estrés y ansiedad asociados.

Movilizar estrategias activas en la resolución de problemas resulta adaptativo, especialmente ante situaciones de crisis como una enfermedad grave o un diagnóstico de infertilidad. En esta línea, Vaz-Serra (1988) plantea que este tipo de afrontamiento favorece la adaptación, mientras que Moos y Schaefer (1993, como se citó en Vaz-Serra, 1999) destacan que las estrategias focalizadas en el problema permiten la confrontación y reconstrucción del mismo, en el sentido de que el sujeto percibe un grado de controlabilidad hacia el estresor, otorgando a la persona una mayor sensación de control frente a la situación adversa. La infertilidad se caracteriza por una naturaleza ambigua e incierta, la cual se intensifica a lo largo de los tratamientos, ya que cada intento conlleva la posibilidad de éxito o fracaso. Este proceso reiterado genera una creciente sensación de desgaste emocional que puede mantenerse durante los distintos ciclos terapéuticos (Vaz-Serra, 1999).

Con respecto a las estrategias Autofocalización negativa y Expresión emocional abierta, si bien ambos grupos como se especificó en los objetivos 2 y 3, puntuaron bajo en estas estrategias de afrontamiento, se observó una leve diferencia en las mismas entre ambos grupos.

En la Autofocalización negativa, las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad obtuvieron mayor puntuación por sobre las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad.

Se puede suponer que las mujeres que se encuentran realizando tratamientos de baja complejidad, en su mayoría son las que recién comienzan el tratamiento, y recientemente se enteran de su diagnóstico. Por lo que tienen una mayor autofocalización negativa, esto se

puede ver claramente a través de los sentimientos de culpa que emergen ante el diagnóstico y comienzo del tratamiento.

Como lo describe Read (in MorenoRosset, 2000, citado en Nogueira, 2010) “es un momento en el que después de conocer el problema de infertilidad, el equilibrio emocional se altera, y puede repercutir en el rol que desempeña cada miembro de la pareja, en la comunicación entre ella, en su sexualidad, en la familia, etc.” Para Syme (1997, in Palacios & Jadresic, 2000) existe otra etapa la de desorganización y desesperación, caracterizada por una sensación generalizada de culpa, atribuyendo la infertilidad a un castigo (...) Aquí la sensación de incontrolabilidad es acentuada, pudiendo ser vivenciada con mucha ansiedad y depresión. (citado en Nogueira, 2010, p. 53)

Mientras que, en el caso de la Expresión emocional abierta, las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad obtuvieron mayor puntaje en relación a las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de baja complejidad.

Esto podría tener su explicación en que las mujeres que se encuentran realizando tratamientos de alta complejidad llevan por lo general mayor tiempo desde el conocimiento de su diagnóstico y del inicio de los tratamientos; así como también, la cantidad de tratamientos fallidos realizados previamente, tienden a desarrollar mayores habilidades en la expresión de la problemática, por el mayor tiempo implicado que llevan en la misma.

En ciertas ocasiones, al recibir el diagnóstico de infertilidad, al menos uno de los integrantes de la pareja puede sentirse abrumado por la culpa, y estos sentimientos suelen ser el origen de las frecuentes disputas matrimoniales. Sin embargo, en el transcurso de estas confrontaciones, las parejas tienen la oportunidad de comunicar sus emociones de

frustración y enojo, lo que contribuye a disminuir notablemente la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos (Suárez, 2000; Nogueira, 2010).

Según Suárez (2000, citado en Nogueira, 2010), las estrategias emocionales son más eficaces en situaciones de afrontamiento de resultados negativos de los tratamientos, es decir, cuando se pretende amortiguar el efecto del estrés resultante de la falta de embarazo es importante que los individuos se permitan expresar sus emociones negativas y desarrollar habilidades comunicacionales que promuevan la obtención de un adecuado apoyo emocional. Parece existir la creencia en nuestra sociedad que no es conveniente para el individuo manifestar sus sentimientos negativos, incluso en situaciones en que es lógico que los individuos se sientan tristes o desanimados, parece existir una tendencia a ignorar y no dejar que esos sentimientos se exterioricen. A menudo, los profesionales de los equipos biomédicos, aunque reconozcan la necesidad de las mujeres para expresar sus emociones negativas cuando reciben el resultado negativo de la gravidez, el momento es para algunos técnicos insoportable intentando incluso evitarlos. Es como si ellos y su propio trabajo estuviesen siendo evaluados. Si añadimos a esa situación las elevadas tasas de fracasos asociadas a los procedimientos RA, constatamos que estas situaciones son bastante frecuentes y comprendemos la exponencial demanda de la presencia de los psicólogos por los profesionales de salud, especialmente en estos momentos de resultados negativos del tratamiento. (p. 222)

## **5.2. Conclusiones**

Partimos de la hipótesis que las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan las mujeres que se realizan tratamientos de reproducción asistida van a variar según sean tratamientos de baja o alta complejidad. Se hipotetizó que en las mujeres que realizan

tratamientos de baja complejidad predomina un afrontamiento centrado en la emoción, mientras que en las mujeres que realizan tratamientos de alta complejidad predominan las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Pero a través de los resultados obtenidos nos encontramos con que ambos grupos, obtuvieron mayor puntaje en las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, es decir, en las estrategias de afrontamiento de tipo racional; tomando así, una actitud activa ante la problemática. Como, por ejemplo, a través de la búsqueda de profesionales, centros especializados en fertilidad, realización de distintos tipos de tratamientos de reproducción asistida, etc.

Por lo tanto, ambos grupos están posicionados en intentar resolver el problema apelando a estrategias más racionales y de índole práctica.

Sin embargo, cabe destacar que las mujeres que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad obtuvieron una puntuación más elevada en la estrategia Focalización en la solución del problema en comparación con aquellas que llevaban a cabo tratamientos de baja complejidad. No obstante, ambos grupos utilizan esta forma de afrontamiento como estrategia principal.

Mientras que en lo que respecta a las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción puntuaron bajo, evidenciando que la resolución emocional del conflicto, la búsqueda de apoyo en dios o aferrarse a la espiritualidad, no es lo más predominante en ninguno de los dos grupos. Es un dato más que interesante, ya que las pacientes no están pudiendo expresar, decir o hasta quizás reconocer el contenido emocional que va en paralelo a lo que están atravesando.

Por otro lado, se observó una diferencia importante entre ambos grupos en lo que respecta la estrategia centrada en la emoción: Autofocalización negativa, donde puntuaron más alto las pacientes en tratamiento de baja complejidad en comparación a las que estaban

realizando tratamientos de alta complejidad. Esto se evidencia claramente en los sentimientos de culpa que aparecen tras el diagnóstico y el inicio del tratamiento al que se enfrentan dichas pacientes.

Por último, se observó también una diferencia entre ambos grupos en la estrategia centrada en la emoción: Expresión emocional abierta. Las pacientes que se encontraban realizando tratamientos de alta complejidad obtuvieron mayor puntaje en relación a las pacientes de baja complejidad. Las mujeres que se encontraban transitando tratamientos de alta complejidad, en su mayoría, llevaban más tiempo desde su diagnóstico y en los tratamientos, posiblemente esto les permitió desarrollar habilidades en la expresión por el tiempo que llevan implicadas en los mismos.

Acorde a los resultados obtenidos, no se comprueba la hipótesis acerca de que “las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan las mujeres que se realizan tratamientos de reproducción asistida van a variar según sean tratamientos de baja o alta complejidad. En las mujeres que realizan tratamientos de baja complejidad predomina un afrontamiento centrado en la emoción, mientras que en las mujeres que realizan tratamientos de alta complejidad predominan las estrategias de afrontamiento centradas en el problema” ya que en ambos grupos predominaron las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Cabe destacar la evidencia de que ambos tipos de estrategias de afrontamiento son de gran importancia a la hora de hacer frente y transitar el diagnóstico de infertilidad, así como sus tratamientos y todo lo que esto conlleva.

### 5.3. Recomendaciones

Como mencionamos anteriormente, las estrategias de afrontamiento y su relación con la ansiedad es fundamental en el contexto de la salud mental y el bienestar emocional, especialmente para personas que enfrentan situaciones difíciles como la infertilidad. La capacidad de movilizar diversas estrategias no solo permite a las personas manejar mejor sus emociones, sino que también les ayuda a encontrar un equilibrio entre las demandas externas y sus recursos internos.

Consideramos crucial que quienes se encuentran en situaciones desafiantes desarrollen tanto habilidades para resolver problemas como estrategias emocionales. Esto no solo les ayuda a enfrentar la situación específica, sino que también promueve un estado general de bienestar. La ansiedad puede ser abrumadora si no se cuenta con herramientas adecuadas para manejarla, por lo que fomentar el desarrollo de estas estrategias es clave. Por lo tanto, a partir de la investigación realizada y el análisis de la misma, proponemos diferentes líneas para continuar indagando sobre ésta a futuro y para su implementación en la práctica profesional.

#### 5.4.1. Recomendaciones para futuras investigaciones

Siguiendo la línea de investigación, y **las limitaciones mencionadas anteriormente** sería positivo realizar una investigación de corte longitudinal, que permita evaluar con precisión el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan a medida que van atravesando los tratamientos y pasan mayor tiempo implicadas en los mismos. Es decir, para examinar la evolución de estas variables a lo largo del tiempo.

Se recomienda también ampliar el número de muestras para así poder tener información más precisa, profundizar en el análisis de los resultados y llegar a generalizaciones que permitan un aporte más significativo.

Recomendamos además implementar una investigación cualitativa-cuantitativa. Esto permitiría indagar y profundizar en los aspectos anteriormente mencionados y realizar triangulaciones a partir de la información recabada.

En último lugar, recomendamos realizar la investigación, tomando como muestra no solo las mujeres que padecen la infertilidad, sino también a los hombres que las acompañan en este proceso. Ya que son parte activa de este proceso, y su deseo se ve obstaculizado también.

#### **5.4.2. Recomendaciones para la práctica profesional**

Como pudimos observar a lo largo de la presente investigación, la situación de infertilidad es una fuente de estrés que se agrava considerablemente durante los tratamientos médicos. Por lo tanto, consideramos claramente necesario delinear un conjunto de intervenciones psicológicas que se adapten a las variables detectadas.

En primer lugar y a partir de la investigación realizada queremos destacar la importancia de poder instalar un tratamiento psicológico desde las primeras instancias del tratamiento de fertilidad. Es importante valorar y dar importancia al rol del psicólogo a lo largo de todo este proceso. Por lo tanto, se recomienda incorporar en los programas terapéuticos, variables psicológicas que pueden contribuir a la integralidad de la atención, así como entender la infertilidad no solo desde una perspectiva biológica sino también de las

reacciones que tiene la persona frente a ella, ya que afecta todas las dimensiones de su vida y por cierto influye también en las actitudes y conductas frente a los tratamientos.

En segundo lugar, se recomienda a los profesionales de la psicología, trabajar sobre la expresión emocional, es decir, desde el principio del tratamiento hacer hincapié en promover en los pacientes la expresión de sus sentimientos y pensamientos asociados a esta problemática, ya que como se observó en la investigación, a las pacientes les cuesta expresarse sobre la misma.

También se recomienda trabajar en disminuir la evitación, promoviendo en las pacientes una actitud activa en relación a los controles y tratamientos médicos, ya que como vimos anteriormente, la ansiedad disminuye cuando las pacientes toman conductas activas en relación a la problemática. Como ya enfatizamos, las estrategias activas como es el afrontamiento del problema y la planificación de una estrategia en parejas infértiles es más adaptativo y promueve un bienestar emocional.

Entonces, a partir de la identificación de la necesidad de fomentar una expresión emocional abierta y de reducir la evitación, se recomienda la implementación de estrategias de intervención que integren tanto técnicas individuales como grupales. Estas intervenciones deben ser conducidas por profesionales calificados, facilitando, por ejemplo, grupos de autoayuda, con el propósito de mitigar el distrés emocional experimentado por las personas que enfrentan la infertilidad. De este modo, se permitirá la expresión de emociones, la identificación de las causas del sufrimiento y el alivio del aislamiento asociado con esta condición.

Por lo tanto, desde nuestro lugar, proponemos, sumado a la terapia individual, talleres proporcionados por profesionales de la salud mental en donde se realice psicoeducación de los cambios a nivel físicos, emocional y psicológicos que se les pueden presentar en este proceso, así como también rondas de expresión de sus sentimientos y/o

temáticas de interés para poder abordarlas en grupo, generando así una retroalimentación positiva en cuanto a que las pacientes se sientan acompañadas, puedan expresar lo que sienten y comprendan que es una problemática que no solo las atraviesa a ellas, sino que hay un grupo de mujeres pasando por lo mismo y a partir de esto la posibilidad de sostén emocional entre ellas y disminuir el aislamiento social que esta problemática muchas veces genera.

Esto les permitirá procesar sus sentimientos y compartir sus experiencias, lo que puede ser liberador y sanador. Es decir, ofrecer una comunidad de apoyo donde las personas pueden sentirse comprendidas y menos solas en su experiencia. Esto puede ser especialmente importante, ya que el aislamiento a menudo agrava la carga emocional de la infertilidad.

#### **5.4. Limitaciones**

Durante el proceso de investigación se identificaron ciertas limitaciones que serán mencionadas a continuación:

En primer lugar, se encontraron limitaciones en cuanto al alcance temporal, propias al tipo de diseño de investigación, ya que, al ser de corte transversal, toma en consideración el estado de la muestra en un momento temporal específico, y no valora la evolución de las variables en el tiempo. Es decir, los datos obtenidos refieren a un momento determinado, imposibilitando poder establecer relaciones de causalidad.

Por otro lado, al ser un estudio de tipo no probabilístico e intencional, no resultó suficientemente representativa y al tener un tamaño de muestra reducido, no permitió que los resultados puedan ser generalizados a la población total.

Por último, al ser una investigación cuantitativa, también se encuentra limitada la recolección de datos, debido a que no toma en cuenta el aspecto subjetivo, como las percepciones y valoraciones de cada sujeto.

## LISTA DE REFERENCIAS

- Acosta, M. A., & Greca, M. E. (2020). Estilos de afrontamiento del estrés en maestros de educación especial y maestros de enseñanza primaria, de la ciudad de Villaguay.**
- Antinucci, M. G., & Villarino, S. (2014). *Afrontamiento y regulación emocional en mujeres con infertilidad* (Doctoral dissertation).
- Antor, M. Lazarus, R. (1999) *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud.* Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Barquin-Cuervo, R., Medina-Gomez, M., & Albeniz-Garrote, G. P. D. (2018). El uso de estrategias de afrontamiento del estrés en personas con discapacidad intelectual. *Psichosocial intervention, 27(2), 89-94.*
- Barra Almagiá, E., & Vaccaro Huespe, M. D. L. A. (2013). Estrés percibido, afrontamiento y personalidad resistente en mujeres infértiles. *Liberabit, 19(1), 113-119.*
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto.**
- Bouquet, R. I. (2011). Psicología de la reproducción: de la infertilidad a la reproducción asistida. Revista Científica Ciencia Médica, 14(2), 31-34.**
- Cabrera Cabrera, A., Rios Uriarte, M. E. D. L., & Hernández Valdez, P. (2020). Análisis de las sensaciones y sentimientos de las parejas con problemas de fertilidad y la influencia de la ayuda e información recibida según un estudio de campo realizado en México en el año 2011.**
- Cubillos, J. M. (2013). Técnicas de reproducción asistida. “*Status Jurídico del Embrión Humano*”. Mendoza, Argentina.
- Dlabach, S. (2020). La incidencia de los factores psicológicos en la infertilidad. In XII *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.*

*XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia.* Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Fierro, A. (1993). Estrés, afrontamiento y adaptación. M. Hombrados (Comp). *Estrés y salud*. (9-38) Valencia: Promolibro Recuperado de [https://mail-92.attachment.googleusercontent.com/attachment/?ui=2&ik=1362c6d447&view=att&th=13d6bc269df520c4&attid=0.2&disp=inline&realattid=f\\_he5a7zhm1&safe=1&zw&sadnir=1&saduie=AG9B\\_P9muXMPGnPy2XvYiDeIRn11&sadet=1364274189110&sads=SooULJadFNlqP6QVHyKK7qZ4HtQ&sadssc=1](https://mail-92.attachment.googleusercontent.com/attachment/?ui=2&ik=1362c6d447&view=att&th=13d6bc269df520c4&attid=0.2&disp=inline&realattid=f_he5a7zhm1&safe=1&zw&sadnir=1&saduie=AG9B_P9muXMPGnPy2XvYiDeIRn11&sadet=1364274189110&sads=SooULJadFNlqP6QVHyKK7qZ4HtQ&sadssc=1)

Hernández, A. L. (2013). *Violencia laboral, estrés y afrontamiento en docentes de nivel secundaria* (Doctoral dissertation, Tesis de la Universidad Autonomía Metropolitana. Recuperada de <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php>).

Hamamah, S., & Barry, F. (2025). Epidemiología de la fertilidad y factores que la afectan. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 61(1), 1-12.

Izzedin-Bouquet de Durán, R. (2011). Psicología de la reproducción: de la infertilidad a la reproducción asistida. *Revista Científica Ciencia Médica*, 14(2), 31-34.

Lazarus S. y Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona, España: Springer.

Mazzoni, A. Introducción a la Psicología de la Infertilidad y Reproducción Asistida. Pensando desde la perspectiva del estrés. *PsicoInmunoNeuroEndocrinología (PINE)*. *Avances en psicoterapia integrativa*, 273.

**Márquez, L. M. F.** (2010). Modelo de intervención en crisis. *Madrid: Grupo Luria*.

Morales, N. E. Á., Hernández, L. A., & La Fuente, M. E. R. (2019). Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en miembros de parejas con infertilidad primaria. *Medimay*, 26(1), 75-87.

- Nogueira, D. C. O. A. (2010). Variables psicológicas en la infertilidad.
- Ortiz Movilla, R., & Acevedo Martín, B. (2010). Reproducción asistida y salud infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 12(48), 651-671.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 8 (1), 39-53.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2019). Cuestionario de afrontamiento del estrés (cae): desarrollo y validación preliminar. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica [Internet]*. 2003; 8 (1): 39–54.
- Téllez-Veranes T, Méndez-Benítez TC. Estados emocionales y estrategias de afrontamientos frecuentes en una consulta para parejas infértiles. *Revista Informacion Científica [Internet]*. 2022 [citado día mes año]; 101(3):e3849. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3849>**
- Uribe Larrea, L. M. L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 158-166.
- Veiga, M. C., Puccio, M. C., & Tamburelli, V. (2013). ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad? *Reproducción*, 28(3), 79-89.
- Zapata Rogel, F. A. (2021). Sobrecarga de cuidador y estrategias de afrontamiento al estrés en padres y madres de niños, niñas y adolescentes con trastorno del espectro autista.

## ANEXO A. INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS

### **6.1. Cuestionario sociodemográfico:**

Completar:

- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo: \_\_\_\_\_
- Ciudad: \_\_\_\_\_

### **Marcar con una cruz o completar en caso de ser necesario:**

- Nivel educativo (primaria secundaria, estudios terciarios):

Primaria incompleta: \_\_\_\_

Primaria completa: \_\_\_\_

Secundaria incompleta: \_\_\_\_

Secundaria completa: \_\_\_\_

Terciaria incompleta: \_\_\_\_

Terciaria completa: \_\_\_\_

Universitario incompleto: \_\_\_\_

Universitario completo: \_\_\_\_

- ¿Cuál es su actividad laboral?

- En relación de dependencia en el ámbito público: \_\_\_\_\_

-En relación de dependencia en el ámbito privado: \_\_\_\_\_

-Ama de casa: \_\_\_\_\_

-Desempleada: \_\_\_\_\_

-Autónoma (especificar): \_\_\_\_\_

- ¿Cómo está formada su familia? (ej. Pareja, hijos, padre, madre):

---

---

---

---

- En caso de tener hijos, alguno fue concebido con tratamientos de reproducción humana asistida/ tratamientos de fertilidad?

Si: \_\_\_\_

No: \_\_\_\_

- ¿De qué manera está realizando el tratamiento de Fertilización?:

-En pareja: \_\_\_\_\_

-De manera individual: \_\_\_\_\_

- ¿Quiénes forman parte de su red de apoyo o vínculos afectivos de contención para atravesar el tratamiento de fertilidad? :(puede marcar más de una opción)

-Pareja: \_\_\_\_\_

-Amigos: \_\_\_\_\_

-Padres: \_\_\_\_\_

-Hermanos: \_\_\_\_\_

-Compañeros de trabajo: \_\_\_\_\_

-Sin red de apoyo: \_\_\_\_\_

-Otros (especificar):

---

- ¿Cuántos tratamientos de baja complejidad se ha realizado? Los tratamientos de baja complejidad son: Relaciones sexuales programadas (RP) e inseminación intrauterina (IIU).

Ninguno: \_\_\_\_

Uno: \_\_\_\_

Dos: \_\_\_\_

Tres: \_\_\_\_

Cuatro: \_\_\_\_

Otros (especificar):

---

- ¿Cuántos tratamientos de alta complejidad se ha realizado? Los tratamientos de alta complejidad son: Fertilización in vitro (FIV) e Inyección Intra citoplasmática de espermatozoides (ICSI).

Ninguno: \_\_\_\_

Uno: \_\_\_\_

Dos: \_\_\_\_

Tres: \_\_\_\_

Cuatro: \_\_\_\_

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

- ¿Algún tratamiento fue por donación de gametos?

Si: \_\_\_\_

No: \_\_\_\_

- ¿Qué tipo de tratamiento está realizando actualmente?

(IIU) Inseminación Intrauterina: \_\_\_\_

(RP) Relaciones sexuales programadas: \_\_\_\_

(FIV). Fertilización in vitro: \_\_\_\_

(ICSI). Inyección intra citoplasmática de espermatozoides: \_\_\_\_

- ¿Ha estado en tratamiento psicológico a partir del diagnóstico de infertilidad?

Si: \_\_\_\_

No: \_\_\_\_

- ¿Está actualmente en tratamiento psicológico por este tema?

Si: \_\_\_\_

No: \_\_\_\_

## 6.2. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés:

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras.

Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés provenientes del diagnóstico de infertilidad y sus respectivos estudios y tratamientos. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.

0 Nunca

1 Pocas veces

2 A veces

3 Frecuentemente

4 Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente 0 1 2 3 4

2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal 0 1 2 3 4

3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema 0 1 2 3 4

4. Descargué mi mal humor con los demás 0 1 2 3 4

5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas 0 1 2 3 4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía 0 1 2 3 4
7. Asistí a la Iglesia; 0 1 2 3 4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados 0 1 2 3 4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas 0 1 2 3 4
10. Intenté sacar algo positivo del problema 0 1 2 3 4
11. Insulté a ciertas personas 0 1 2 3 4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema 0 1 2 3 4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.) 0 1 2 3 4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo 0 1 2 3 4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema 0 1 2 3 4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás 0 1 2 3 4
18. Me comporté de forma hostil con los demás 0 1 2 3 4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema 0 1 2 3 4

21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema 0 1 2 3 4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema 0 1 2 3 4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación 0 1 2 3 4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes 0 1 2 3 4
25. Agredí a algunas personas 0 1 2 3 4
26. Procuré no pensar en el problema 0 1 2 3 4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal 0 1 2 3 4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación 0 1 2 3 4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas 0 1 2 3 4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema 0 1 2 3 4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga» 0 1 2 3 4
32. Me irrité con alguna gente 0 1 2 3 4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema 0 1 2 3 4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir 0 1 2 3 4
35. Recé 0 1 2 3 4

36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema 0 1 2 3 4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran 0 1 2 3 4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor 0 1 2 3 4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos 0 1 2 3 4
40. Intenté olvidarme de todo 0 1 2 3 4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos 0 1 2 3 4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar 0 1 2 3 4

**ANEXO B. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADO**

Acepto participar voluntariamente en la investigación *“ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN MUJERES DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS QUE SE ENCUENTRAN REALIZANDO TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD DE BAJA Y ALTA COMPLEJIDAD A CAUSA DE CIRCUNSTANCIAS DE INFERTILIDAD.”* realizada por Florentina Toplikar y Sol Roncaglione, alumnas de la Universidad Católica Argentina, para acceder al título de Lic. En Psicología.

He sido informado que el objetivo de la investigación es Analizar las estrategias de afrontamiento del estrés en mujeres que se están realizando tratamientos de reproducción asistida debido a circunstancias de infertilidad en la provincia de Entre Ríos.

Accedo a completar los cuestionarios que forman parte del estudio, actividad que requerirá aproximadamente 20 minutos de mi tiempo.

Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado/a y he entendido que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Acepto que los resultados del estudio sean publicados estando garantizado que la información a difundir sea anónima, por lo que mi identidad se mantendrá siempre en reserva.

FIRMA \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

## ANEXO C. MATRIZ DE DATOS/SALIDAS ESTADÍSTICAS

## Descripción de la muestra

		<b>Edad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	25	1	1,7	1,7	1,7
	27	1	1,7	1,7	3,3
	28	2	3,3	3,3	6,7
	30	2	3,3	3,3	10,0
	31	3	5,0	5,0	15,0
	32	5	8,3	8,3	23,3
	33	2	3,3	3,3	26,7
	34	6	10,0	10,0	36,7
	35	6	10,0	10,0	46,7
	36	7	11,7	11,7	58,3
	37	4	6,7	6,7	65,0
	38	5	8,3	8,3	73,3
	39	4	6,7	6,7	80,0
	40	4	6,7	6,7	86,7
	41	2	3,3	3,3	90,0
	42	1	1,7	1,7	91,7
	43	3	5,0	5,0	96,7
	44	1	1,7	1,7	98,3
	48	1	1,7	1,7	100,0
	Total		60	100,0	100,0

Tabla 1. Distribución de las edades de la muestra.

		<b>Edad Recodificada</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hasta 35 años	28	46,7	46,7	46,7
	Desde 36 años	32	53,3	53,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 2. Distribución de la edad recodificada de la muestra.

		<b>Ciudad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Paraná	37	61,7	61,7	61,7
	Concordia	3	5,0	5,0	66,7
	Colón	2	3,3	3,3	70,0
	Victoria	1	1,7	1,7	71,7
	Guaaleguaychú	1	1,7	1,7	73,3
	Crespo	2	3,3	3,3	76,7
	Villa Paranacito	1	1,7	1,7	78,3
	Bovril	1	1,7	1,7	80,0
	Guaaleguay	1	1,7	1,7	81,7
	Rosario del Tala	1	1,7	1,7	83,3
	Diamante	1	1,7	1,7	85,0
	Basavilbaso	1	1,7	1,7	86,7
	Oro Verde	2	3,3	3,3	90,0
	Primero De Mayo	1	1,7	1,7	91,7
	Hernandarias	1	1,7	1,7	93,3
	Rocamora	1	1,7	1,7	95,0
	Hasenkamp	1	1,7	1,7	96,7
	San Benito	1	1,7	1,7	98,3
	Concepción del Uruguay	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 3. Distribución de la muestra según lugar de nacimiento.

		<b>Nivel Educativo</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Secundaria Incompleta	2	3,3	3,3	3,3
	Secundaria Completa	4	6,7	6,7	10,0
	Terciaria Incompleta	4	6,7	6,7	16,7
	Terciaria Completa	9	15,0	15,0	31,7
	Universitario Incompleto	10	16,7	16,7	48,3
	Universitario Completo	31	51,7	51,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 4. Distribución de la muestra según el Nivel educativo.

		<b>Actividad Laboral</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Dependencia ambito publico	36	60,0	60,0	60,0
	Dependencia ambito privado	11	18,3	18,3	78,3
	Ama de casa	3	5,0	5,0	83,3
	Autonoma (psicologa, diseñadora grafica, abogada, comerciante, logistica mercado libre, peluquera,etc)	10	16,7	16,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 5. Distribución de la muestra según la Actividad laboral.

		<b>Composicion Familiar</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pareja	26	43,3	43,3	43,3
	Pareja y padres	6	10,0	10,0	53,3
	Pareja e hijos/as.	10	16,7	16,7	70,0
	Pareja e hijastra	1	1,7	1,7	71,7
	Pareja y hermanos/as	2	3,3	3,3	75,0
	Pareja, padres y hermanos	12	20,0	20,0	95,0
	Pareja, padres, hermanos y sobrinos	3	5,0	5,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 6. Distribución de la muestra según la composición familiar.

		<b>Hijos por TRHA</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	3	5,0	5,0	5,0
	No	57	95,0	95,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 7. Distribución de la muestra según la concepción de hijos por TRHA.

### Manera en que realiza el tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En pareja	60	100,0	100,0	100,0

Tabla 8. Distribución de la muestra según la manera en que realiza el tratamiento.

### Red de apoyo/Vinculos afectivo de contención

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pareja	12	20,0	20,0	20,0
	Pareja,padres	4	6,7	6,7	26,7
	Pareja,amigos	5	8,3	8,3	35,0
	Pareja y otros	1	1,7	1,7	36,7
	Pareja amigos y hermanos.	5	8,3	8,3	45,0
	Pareja,amigos y padres	5	8,3	8,3	53,3
	Pareja,amigos y compañeros de trabajo	1	1,7	1,7	55,0
	Pareja, amigos, padres y otros	2	3,3	3,3	58,3
	Pareja,amigos, hermanos y compañeros de trabajo	1	1,7	1,7	60,0
	Pareja, amigos, padres y hermanos	9	15,0	15,0	75,0
	Pareja, amigos, hermanos y otros	1	1,7	1,7	76,7
	Pareja,padres, hermanos y otros	1	1,7	1,7	78,3
	Pareja, amigos,padres y compañeros de trabajo	1	1,7	1,7	80,0
	Pareja, amigos, padres, hermanos y compañeros de trabajo	11	18,3	18,3	98,3
	Psareja, amigos, padres, hermanos, compañeros de trabajo y otros	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 9. Distribución de la muestra según la red de apoyo.

### Tratamientos de Baja Complejidad Realizados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	18	30,0	30,0	30,0
	Uno	23	38,3	38,3	68,3
	Dos	12	20,0	20,0	88,3
	Tres	5	8,3	8,3	96,7
	Cuatro	1	1,7	1,7	98,3
	Otros	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 10. Distribución de la muestra según los tratamientos de baja complejidad realizados anteriormente.

### Tratamientos de Baja Complejidad Recodificado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	18	30,0	30,0	30,0
	Uno o más tratamiento	42	70,0	70,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 11. Distribución de la muestra según los tratamientos de baja complejidad realizados anteriormente recodificado.

### Tratamientos de Alta Complejidad Realizados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	35	58,3	58,3	58,3
	Uno	18	30,0	30,0	88,3
	Dos	4	6,7	6,7	95,0
	Tres	2	3,3	3,3	98,3
	Otros	1	1,7	1,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 12. Distribución de la muestra según los tratamientos de alta complejidad realizados anteriormente.

### Tratamientos de Alta Complejidad Recodificado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	35	58,3	58,3	58,3
	Uno o más tratamientos	25	41,7	41,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 13. Distribución de la muestra según los tratamientos de alta complejidad realizados anteriormente recodificado.

### Tratamiento por Donación de Gametos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	9	15,0	15,0	15,0
	No	51	85,0	85,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 14. Distribución de la muestra según tratamientos por donación de gametos.

### Tipo de Tratamiento Actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja Complejidad	30	50,0	50,0	50,0
	Alta Complejidad	30	50,0	50,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 15. Distribución de la muestra según el tipo de tratamiento actual.

### Característica del Tratamiento Actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	(IIU) Inseminación Intrauterina	12	20,0	20,0	20,0
	(RP) Relaciones Sexuales Programadas	18	30,0	30,0	50,0
	(FIV) Fertilización In Vitro	21	35,0	35,0	85,0
	(ICSI) Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides	9	15,0	15,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 16. Distribución de la muestra según la característica de tratamiento actual.

### Tratamiento Psicológico A Partir del Diagnóstico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	24	40,0	40,0	40,0
	No	36	60,0	60,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 17. Distribución de la muestra según tratamiento psicológico realizado a partir del diagnóstico de infertilidad.

### Tratamiento Psicológico Actual por este tema

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	22	36,7	36,7	36,7
	No	38	63,3	63,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Tabla 18. Distribución de la muestra según tratamiento psicológico actual por este tema.

### Estadísticas de grupo

	Tipo de Tratamiento Actual	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio

Focalizado en la Baja solución del problema (FSP)	Baja Complejidad	30	14,43	4,783	,873
	Alta Complejidad	30	16,80	4,286	,783
Autofocalización Negativa (AFN)	Baja Complejidad	30	8,20	4,831	,882
	Alta Complejidad	30	5,77	3,451	,630
Reevaluación Positiva (REP)	Baja Complejidad	30	13,60	3,747	,684
	Alta Complejidad	30	14,37	3,508	,641
Expresión Emocional Abierta (EEA)	Baja Complejidad	30	6,90	3,736	,682
	Alta Complejidad	30	9,07	5,369	,980
Evitación (EVT)	Baja Complejidad	30	11,53	4,524	,826
	Alta Complejidad	30	12,97	4,701	,858
Religión (RLG)	Baja Complejidad	30	7,37	6,294	1,149
	Alta Complejidad	30	7,50	7,510	1,371
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	Baja Complejidad	30	11,50	6,174	1,127
	Alta Complejidad	30	10,23	5,946	1,086

Tabla 19. Estadísticas de grupo según el tipo de tratamiento actual.

### Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
Focalizado en la solución del problema (FSP)	,297	,588	-2,018	58	,048	-2,367	1,173	-4,714	-,020
No se asumen varianzas iguales			-2,018	57,317	,048	-2,367	1,173	-4,714	-,019
Autofocalización Negativa (AFN)	3,733	,058	2,245	58	,029	2,433	1,084	-,264	4,603

	No se asumen varianzas iguales			2,245	52,482	,029	2,433	1,084	,259	4,608
Reevaluación Positiva (REP)	Se asumen varianzas iguales	,013	,911	-1,818	58	,417	-,767	,937	-2,643	1,109
	No se asumen varianzas iguales			-,818	57,750	,417	-,767	,937	-2,643	1,110
Expresión Emocional Abierta (EEA)	Se asumen varianzas iguales	3,783	,057	-1,814	58	,075	-2,167	1,194	-4,557	,224
	No se asumen varianzas iguales			1,814	51,749	,075	-2,167	1,194	-4,563	,230
Evitación (EVT)	Se asumen varianzas iguales	,004	,952	-1,203	58	,234	-1,433	1,191	-3,818	,951
	No se asumen varianzas iguales			1,203	57,914	,234	-1,433	1,191	-3,818	,951

	as iguales									
Religión (RLG)	Se asumen varianz as iguales	1,80 4	,18 4	- ,075	58	,941	-,133	1,789	-3,714	3,448
	No se asumen varianz as iguales			- ,075	56,28 2	,941	-,133	1,789	-3,717	3,450
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	Se asumen varianz as iguales	,047	,82 9	,809	58	,422	1,267	1,565	-1,866	4,399
	No se asumen varianz as iguales			,809	57,91 8	,422	1,267	1,565	-1,866	4,399

Tabla 20. Prueba T para muestras independientes.

Tabla 20. Prueba T para muestras independientes.